

CONTRATO

En Madrid, a dede 2018.

REUNIDOS

De una parte, **D/DÑA**....., mayor de edad, provisto de D.N.I. númerode profesión inscrito en el Colegio Oficial de con el número y con domicilio en calle - C.P.

De una parte: La **Sociedad** con N.I.F. número, inscrita en el Registro Mercantil de la provincia de tomo, libro sección....., folio hoja inscripción con domicilio social en C/..... y representada por D....., con D.N.I. número

Y de la otra, **CIRCULO DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS S.L.**, inscrita en el Registro Mercantil de la Provincia de Madrid, Tomo 25488, libro 0, Sección 8, folio 75, hoja M-459241, inscripción 1, con domicilio social en Madrid, C/ San Isidro, nº 23 – 1º B y N.I.F. número B-85352805, representada por su Administradora D^a Sandra Margarita Venero Gietrajmand, con D.N.I. número 52.987.105-G y provista de Escritura de Poder, autorizada por el Notario de Madrid, Dña. M^a Paz Sánchez Sánchez, el día 14 de marzo de 2008, con el número 257 de orden de protocolo.

MANIFIESTAN

I. Que D/DÑA..... (representante de la sociedad arriba reflejada) ejerce en la actualidad de Odontólogo/Estomatólogo, y está interesado en formar parte y contratar los servicios ofrecidos por el CIRCULO DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS S.L. (C.O.E.).

II. Que abonará la cantidad de 15 € más IVA en concepto de gastos de formalización y alta de adhesión por única vez, y una cuota mensual de 10 € más IVA durante su permanencia en el CIRCULO DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOS S.L. (C.O.E.), asumiendo que el impago de esta cuota mensual restringiría su derecho a gozar de los beneficios que el C.O.E. le aporta.

A su vez deberá rellenar la domiciliación bancaria que consta como Anexo I, para el cobro y facturación de la cuota de adhesión y la cuota mensual.

III. Este acuerdo quedará sin efecto por cualquiera de las partes en cualquier momento, sea por impago de cualquiera de los servicios que ofrece el CÍRCULO DE ODONTÓLOGOS Y

ESTOMATÓLOGOS, S.L. (C.O.E.) o por impago de las cuotas mensuales que se acuerdan en el mismo, sin que el profesional pueda seguir beneficiándose de los descuentos que el C.O.E. le brinda, mediante los acuerdos con las Casas Dentales y Proveedores.

El CÍRCULO DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS, S.L. (C.O.E.) no se hace cargo del incumplimiento de cualquiera de las firmas que brindan descuentos y servicios en C.O.E., quedando el C.O.E. exonerado de cualquier responsabilidad inherente a este respecto.

Confirmando que los datos aquí indicados son verdaderos y, de no ser así, COE tendrá derecho a rescindir este contrato.

El abajo firmante autoriza al CIRCULO DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS S.L. (C.O.E.) a utilizar y transmitir a las empresas que colaboran con él, los datos que obran en este acuerdo para el correcto cumplimiento de los servicios ofrecidos, tal como ordenan las leyes vigentes de Protección de Datos.

D.

C.O.E.

En representación de la Sociedad:

ANEXO I - ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

REFERENCIA DE LA ORDEN DE DOMICILIACIÓN:

IDENTIFICADOR DEL ACREEDOR: B85352805

NOMBRE DEL ACREEDOR: CIRCULO DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS S.L.

DIRECCIÓN: AVDA. DR. ARCE, 14

CÓDIGO POSTAL – POBLACIÓN – PROVINCIA: 28002 MADRID – MADRID

PAÍS: ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar en su cuenta y (B) a su entidad financiera para adeudar los importes correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes del acreedor. Esta orden de domiciliación está prevista para operaciones exclusivamente entre empresas y/o autónomos. El deudor no tiene derecho a que su entidad le reembolse una vez que se haya realizado el cargo en cuenta, pero puede solicitar a su entidad que no efectúe el adeudo en la cuenta hasta la fecha debida. Podrá obtener información detallada del procedimiento en su entidad financiera.

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE. UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.

NOMBRE DEL DEUDOR:

.....

D.N.I./C.I.F.:

DIRECCIÓN DEL DEUDOR:

.....

CÓDIGO POSTAL – POBLACIÓN – PROVINCIA:

.....

SWIFT BIC:

.....

NÚMERO DE CUENTA – IBAN:

ES.....

TIPO DE PAGO:

ADEUDO RECURRENTE PAGO ÚNICO

FECHA – LOCALIDAD:

FIRMA DEL DEUDOR:

ANEXO II

Clínica:

Dr. /Dra.:

Colegiado nº:

Año Colegiatura:

D.N.I.:

Datos de la Clínica:

C/.....

C.P.: Localidad/Provincia.....

Teléfono/s:

Teléfono de Urgencias:

E-mail:

Página Web:

Fax:

Horario de Atención al Público:

.....

Tratamientos:

.....

.....

Poseo financiación con algún banco para mis pacientes si no

Autorizo a CIRCULO DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS S.L. para que mis datos y los de mi clínica consten en el buscador público de www.dentistascoe.com.

SI

NO

Fecha:

Firma: