



FITXA ALTA / ACTUALITZACIÓ DADES SOCIS

Dades registrades	
*Família:	
Número de soci:	
*Carrer:	
*Codi Postal:	Població:
*Email:	
*Telèfon	

Alumnes al Centre:			
Número d' alumnes al centre:			
1r cognom:	2n Cognom:	Nom:	Curs:
1r cognom:	2n Cognom:	Nom:	Curs:
1r cognom:	2n Cognom:	Nom:	Curs:
1r cognom:	2n Cognom:	Nom:	Curs:

Jo _____ (mare/pare/tutor) accepto ser soci de l' Ampa

Forma de Pagament:

- Transferència/Ingrés per caixer* a Banc Sabadell IBAN : ES5200811891630001070514
(Concepte: Quota soci família i curs. Plaç fins el 15 de juliol)
- Domiciliació bancària (Cal omplir el formulari Sepa adjunt, el rebut es carregarà el dia 15 de juliol)

IMPORT QUOTA SOCI: 28€

Les famílies que ja han entregat aquest document, no cal que el torneu a entregar a no ser que hi hagi alguna modificació.

Cal entregar-ho abans de divendres 14 de juny.

- Autoritzo a l' AMPA de l' escola Collbaix a tractar les meves dades, amb les finalitats descrites anteriorment, d' acord al Reglament General de protecció de dades de la Unió Europea de 25 de Maig de 2018

Les dades facilitades s' inclourán en fitxers sotumatitzats que es conservarán d' acord amb la LOPD 2018 de Protecció de Dades de Caràcter Personal, i les tractará d' una manera confidencial l' Ampa Collbaix (Salvador Espriu, 22-08250 Sant Joan de Vilatorrada). L' interessat es podrà adreçar a l' Ampa Collbaix per demanar-ne la consulta, actualització, rectificació o cancel·lació.



Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

Identificación del acreedor (a completar por el acreedor)

Referencia de la orden de domiciliación: (máximo de 35 caracteres)			
Nombre:	AMPA ESCOLA COLLBAIX		
Dirección:	Salvador Espriu, 22		
	Código postal:	08250	Ciudad: Sant Joan de Vilatorrada
	País	España	

Mediante la firma de este formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza (A) al Acreedor a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar su cuenta y (B) a su entidad financiera para adeudar los importes correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes del Acreedor.

Como parte de sus derechos, usted puede ser reembolsado por su entidad financiera de acuerdo con los términos y condiciones del contrato suscrito con su entidad financiera. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo de 8 semanas a partir de la fecha en la cual se realizó el adeudo en su cuenta.

Cumplimente todos los campos.

Identificación del deudor (completada por el deudor)

Firma¹

Nombre:	_____		
	(máximo de 70 caracteres)		
Dirección:	_____		
	(máximo de 70 caracteres)		
	Código postal:	Ciudad:	_____
	País	_____	
(su número IBAN y el BIC se informan en sus extractos de cuenta)			
Número de cuenta (IBAN):			
SWIFT/BIC:	_____		
	(BIC máximo 11 caracteres, no es obligatorio en Bélgica)		
Tipo de pago:	<input type="checkbox"/> Pago único	<input checked="" type="checkbox"/> pago recurrente	
	(Sólo se permite un tipo)	(Este mandato se puede utilizar una sola vez)	(Este mandato se puede utilizar para varios pagos recurrentes)

Fecha:	____/____/____	Localidad	_____
Nombre:	_____		

¹ Por favor devuelva este documento al acreedor.
V 1.4