

SOLICITUD DE PLAZA "LOS PRIMEROS DEL COLE"

CURSO 2015/2016

ALUMNOS/AS USUARIOS/AS DEL SERVICIO DESAYUNO

NOMBRE Y APELLIDOS	CURSO(*) Inf. / Prim.	Sept. / Oct.	ALERGIAS

MODALIDAD:

DESAYUNO (mes completo)
 DESAYUNO (medio mes)
 CUSTODIA

DATOS PARA DOMICILIACIÓN BANCARIA

TITULAR DE LA CUENTA

APELLIDOS Y NOMBRE	DNI	TELÉFONO
DOMICILIO	LOCALIDAD	

DATOS DE
LA CUENTA →

Nombre entidad bancaria			Localidad			
Nº Entidad	Nº Oficina	DC	Nº C/C o Libreta			

IMPORTANTE:

- Los gastos ocasionados por la devolución del recibo, por causa ajena a la empresa, le serán cargados en su cuenta.
- Las bajas deberán ser comunicadas antes del día 20 del mes anterior. De no ser así le será cargado en su cuenta la mensualidad, debiendo correr usted con los gastos de devolución.
- En caso de algún tipo de alergia debe aportar certificado médico.

Alcalá de Henares, _____ de 201__.

(Fdo. Madre, Padre o Tutor)

PARA ENTREGAR A SU ENTIDAD BANCARIA:

Muy Sres. míos:

Les ruego carguen en mi cuenta los recibos que pondrá al cobro, mensualmente, el Colegio Público Ciudad del Aire de Alcalá de Henares.

TITULAR DE LA CUENTA, APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI
---	-----

DATOS DE
LA CUENTA →

Nombre entidad bancaria			Localidad			
Nº Entidad	Nº Oficina	DC	Nº C/C o Libreta			

Fecha y firma del titular