



SOL·LICITUD INSCRIPCIÓ:

Estudis:

Modalitat:

Dades personals:

Nom:

DNI o document equivalent:

Nacionalitat:

Data de naixement:

Localitat naixement:

Adreça:

Codi postal / Municipi:

Telèfons:

Adreça electrònica:

Número CIP (targeta sanitària):

Número afiliació Seguretat Social:

Treballes?:

Procedència ESTUDIS:

Accepto que les meves dades personals (nom, cognoms i document d'identitat) és publicuin al taulell d'anuncis o a la pàgina web del centre.

Declaro que són certes les dades que faig constar en aquest document.

Estic informat/da del servei i del seu preu.

Data i signatura:

AUTORITZACIÓ DE DOMICILIACIÓ BANCÀRIA

Nom i cognoms de l'alumne/a:

Curs:

En/Na:

D.N.I.	NOM I COGNOMS 1r TITULAR COMPTE
D.N.I.	NOM I COGNOMS 2n TITULAR COMPTE

AUTORITZO:

A EIXAMPLE CLÍNIC, amb CIF. G59319681, a que giri en el número de compte bancari especificat en la present autorització, tots els rebuts relacionats amb l'escolarització de l'alumne/a esmentat a Eixample Clínic, als efectes previstos en la Llei de Serveis de Pagament 16/2009.

DADES I CONFIRMACIÓ DE L'ENTITAT BANCARIA:

NOM DE L'ENTITAT BANCÀRIA				
IBAN	CODI BANC	OFICINA	D.C.	NÚMERO DE COMPTE

Data:

Signatura del/s titular/s del compte

