

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PLAN MADRUGA- CEP STA. MARIÑA/ EEI A MARISMA – 2018/19
COLEXIO..... - REDONDELA

DATOS DO MENOR

Apelidos:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>	Data Nac:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Colexio:	<input type="text"/>	Curso:	<input type="checkbox"/> Educ. Infantil <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° <input type="checkbox"/> 6° <input type="checkbox"/> Educ. Primaria <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° <input type="checkbox"/> 6°				

SERVIZO QUE SOLICITA:

Data de alta no	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hora entrada	<input type="text"/>	Días da semana	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> ME	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> V
Servizo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								

Observacions:
DATOS DO MENOR

Apelidos:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>	Data Nac:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Colexio:	<input type="text"/>	Curso:	<input type="checkbox"/> Educ. Infantil <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° <input type="checkbox"/> 6° <input type="checkbox"/> Educ. Primaria <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° <input type="checkbox"/> 6°				

SERVIZO QUE SOLICITA:

Data de alta no	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hora entrada	<input type="text"/>	Días da semana	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> ME	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> V
Servizo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								

Observacions:
DATOS DO MENOR

Apelidos:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>	Data Nac:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Colexio:	<input type="text"/>	Curso:	<input type="checkbox"/> Educ. Infantil <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° <input type="checkbox"/> 6° <input type="checkbox"/> Educ. Primaria <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° <input type="checkbox"/> 6°				

SERVIZO QUE SOLICITA:

Data de alta no	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hora entrada	<input type="text"/>	Días da semana	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> ME	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> V
Servizo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								

Observacions:
DATOS DO PAI/NAI-TITOR/A

Apelidos e nome:		
Domicilio:		
Localidade:	Código Postal:	Provincia:

TELÉFONOS DE CONTACTO DURANTE O HORARIO DO ALMORZO

Tfno 1	<input type="text"/>	Tfno 2	<input type="text"/>	E. Mail:	<input type="text"/>
--------	----------------------	--------	----------------------	----------	----------------------

AUTORIZACIÓN FAMILIAR

En calidade de pai/nai/titor/a, autorizo ó/ós menor/res.....a utilizar o servizo do Programa Madruga nas condicións sinaladas na información recibida a través da ANPA.

Sinatura,

LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSOAL/ CLAÚSULA DE INSCRIPCIÓN DE MENORES:

Consonte ao disposto na Lei Orgánica15/1999, de 13 de decembro de Protección de Datos de Carácter Persoal, **Anias** co CIF 35307943 E, sita na rúa Echegaray nº 39 baixo 36002 Pontevedra infórmalle, que os datos recollidos a partir do presente formulario serán incorporados nun ficheiro da empresa para a xestión e tramitación da inscrición do seu fillo/a no PROGRAMA MADRUGA 2018/2019. Así mesmo autoriza pola presente, que seus datos sexan cedidos a Anpa Cachamuiña do CEP Sta.Mariña de Redondela, co CIF G36043651.

En calquera momento pode exercer os seus dereitos e os do seu fillo/a, de acceso, rectificación, cancelación e oposición mediante un escrito dirixido a persoa de Ana Mª Carballal Martínez na dirección da RÚA ECHEGARAY, 39 BAIXO, 36002, PONTEVEDRA.

Mentres non nos comunique o contrario, entenderemos que os seus datos e os do seu fillo/a non foron modificados, e que se compromete a notificarnos calquera variación e que temos consentimento para utilizalos coa finalidade de xestionar o servizo do Programa Madruga.

Nome e apelidos do/s menor/es.....

.....NIF.....

Nome e apelidos do pai nai ou titor/a legal:..... NIF.....

Data / /

Sinatura do/a titor/a legal:

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA CORE

SEPA CORE Direct Debit Mandate

Referencia de la orden de domiciliación: (Cumplimentar por Anias)

Mandate reference

La referencia del mandato no puede exceder de 35 caracteres y solo puede contener caracteres: A-Z, a-z, 0-9+/-.
Mandate Reference may not exceed 35 characters and must consist of the following characters only: A-Z, a-z, 0-9+/-.

A cumplimentar por el acreedor- to be completed by the creditor

Identificador del acreedor : ES5300035307943E

Creditor Identifier

Dato facilitado por su entidad.

Nombre del Acreedor : ANA MARIA CARBALLAL MARTINEZ

Creditor's Name

Dirección : RUA ECHEGARAY Nº 39 BAIXO

Address

Código Postal –Población : 36002 PONTEVEDRA

Postal Code- City

Provincia – País : PONTEVEDRA ESPAÑA

Town-Country

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank

A cumplimentar por el deudor / to be completed by the debtor

N.I.F : _____

Nombre del deudor/es : _____

Name of the debtor(s)

(Titular/es de la cuenta de cargo- Account holder/s)

Dirección del deudor : _____

Address of the debtor

Código postal – Población : _____

Postal code and city of the debtor

Provincia - País del deudor: _____

Town- Country of the debtor

Swift-BIC del banco deudor :

Swift-BIC of the debtor bank

Número de cuenta- IBAN : _____

Account number of the debt- IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando por ES
Spanish IBAN up to 24 positions starting by ES

Tipo de pago : **Pago recurrente** **Pago único**

Type of payment

Recurrent payment

or

One/off payment

Este mandato se puede usar para adeudos recurrentes

Este mandato únicamente se puede usar una sola vez

Fecha - Localidad : _____

Date, location in which you are signing

Firma/s del deudor/es : _____

Signature(s) of the debtor(s)

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE