



Sra. Dña.

con DNI _____, teléfono _____ mail _____

Sr. D.

con DNI _____, teléfono _____ mail _____

Solicitan la admisión en la Asociación de Madres y Padres de Alumnos (AMPA) del Colegio Sagrado Corazón de Godella.

Nombre y apellidos del alumno/a:

Curso en el que se matricula: _____

Hermanos ya matriculados en el centro: SI ☐ NO ☐

Firmas:

Sra. Dña. _____ Sr. D. _____

De conformidad con lo establecido por el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, sobre la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos,

☐ Consiento la inclusión de mis datos en un fichero del que es titular la Asociación de Madres y Padres de Alumnos (AMPA) del Colegio Sagrado Corazón de Godella y que los mismos sean utilizados para la gestión económica y administrativa.

☐ Del mismo modo autorizo a la captación, reproducción de imágenes del alumno durante su presencia en actividades organizadas por el AMPA y la utilización de las mismas para ilustrar las noticias remitidas a la web y al Facebook del AMPA.

La admisión es renovable cada curso, es decir, si no se solicita la baja de la asociación, se entiende que sigue siendo asociado del AMPA. Asimismo, podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el domicilio del AMPA Sagrado Corazón, en Plaza Santa Magdalena Sofía, nº 2, 46110 de Godella.

IDENTIFICACIÓN DEL ACREEDOR

NOMBRE AMPA Sagrado Corazón de Godella
CIF G46213088
DIRECCIÓN Pz. Santa Magdalena Sofía,2
46110 Godella - Valencia (España)

Por medio de la presente y de acuerdo con lo exigido por la Ley 16/2009 de Servicios de Pago, mediante la firma de este formulario de Orden de Domiciliación, Usted autoriza a (A) AMPA Sagrado Corazón de Godella 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 AMPA Sagrado Corazón de Godella.

Como parte de sus derechos, tiene derecho a ser reembolsado por su entidad financiera de acuerdo con los términos y condiciones del contrato suscrito con su entidad financiera.

Por favor, rellene todos los campos marcados con un asterisco (*).

IDENTIFICACIÓN DEL DEUDOR

NOMBRE* _____
NIF – CIF* _____
DIRECCIÓN* _____
CÓDIGO POSTAL* _____ CIUDAD* _____
PAÍS _____

Nº cuenta IBAN España

E	S																
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SWIFT BIC (puede contener 8 u 11 posiciones)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TIPO DE PAGO (solo se permite un tipo)

☐ Pago único

☒ Pago periódico

FECHA ____ / ____ / ____

LOCALIDAD _____

FIRMA