



Salus Infirmorum

Forma de Pago

Una vez leídas y comprendidas las condiciones económicas les rogamos que firmen esta hoja asumiéndolas durante el tiempo que dure la estancia de su hijo/a en el centro, y la entreguen con el resto de la documentación.

Nombre y apellidos del ALUMNO: _____

Padre, Madre o Tutor: _____

FORMA DE PAGO (Efectivo, Domiciliación o Tickets Guardería):

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco/Caja: _____

IBAN	COD. ENTIDAD	SUCURSAL	DC	Nº CUENTA

AUTORIZO, A LA ESCUELA INFANTIL CASA DEL NIÑO DE SALUS INFIRMORUM, A QUE SE CARGUE EN MI CUENTA LOS RECIBOS MENSUALES CORRESPONDIENTES.

TITULAR DE LA CUENTA: _____

Firma del titular de la cuenta:

Madrid, a ____ de _____ de 20 ____