



CONFIRMACIÓN DE PLAZA Y DOMICILIACIÓN DE PAGO

ALUMNADO USUARIO DEL COMEDOR	
Nombre y Apellidos	curso

INICIO DEL SERVICIO rodee su selección		HORA DE RECOGIDA rodee su selección	
septiembre	octubre	15:30	16:45
		En septiembre y junio la hora de recogida será a las 14:30	
SOLICITUD DE MENÚ ESPECIAL rodee su selección para el curso completo			
NORMAL	NO CARNE	ALERGIA (con informe médico)	

ORDEN de DOMICILIACIÓN de ADEUDO DIRECTO SEPA

Rellenar en caso de no tener los 20 puntos de la beca de comedor

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO ES91-0081-1486-7300-0103-9811	
CIF	Q5355142J
NOMBRE	CEIP DR. CALATAYUD
DIRECCIÓN	INGENIERO ALCARAZ, 2
CÓDIGO POSTAL - POBLACIÓN-PROVINCIA-PAÍS	03680 – ASPE – ALICANTE - ESPAÑA

DATOS PERSONALES			
Nombre y Apellidos Responsable Familiar		NIF/NIE	
Domicilio	Población	C.P.	Provincia

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, la persona firmante autoriza al CEIP DOCTOR CALATAYUD a efectuar, en la cuenta indicada, los adeudos correspondientes.

IBAN - NÚMERO DE CUENTA															
E	S														

Recibo mensual de importe variable.

El cobro se realizará el día 5 de cada mes a mes vencido.

Aspe a, ____ de _____ de ____

(Firma)