

DOMICILIACIÓN BANCARIA SEMIPRESENCIAL

BANCO _____

TITULAR DE LA CUENTA _____

DOMICILIO _____

LOCALIDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

ALUMNO _____

D.N.I./N.I.E. _____

CURSO _____

CUENTA PERSONAL

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

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

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

Si se dejan de abonar las cuotas mensuales, se podrá proceder a la baja del/la alumno/a en el curso correspondiente. Para poder continuar el curso **deberán ser satisfechas estas cuotas**. Las personas abajo firmantes reconocen estar informadas de este hecho

Muy Sres. míos;

Con cargo a mi cuenta y hasta nuevo aviso, ruego atienda la presente orden de domiciliación del Centro Concertado de Formación Profesional de Cruz Roja Alicante,

Atentamente,

Firma del/la alumno/a,

Firma del titular de la cuenta (en caso de ser distinto),

--

--