

BULLETIN D'INSCRIPTION – FULL DE MATRÍCULA

ACTIVITES FAMILIALES 2017/2018 ACTIVITATS FAMILIARS 2017/2018

Noms des parents – Nom i cognoms dels pares:

Père/Pare:..... Mère/Mare:.....
DNI:..... DNI:.....
Tel. : Tel.:
E-mail: E-mail:.....
Adresse – Direcció:.....
.....

Je confirme inscrire mon enfant les jours suivants
Confirmo matricular el

Jeudi / Dijous

Contes & chansons Contes & cançons – A partir de 9 mois mesos

10:00-11:00

Enfant 1 Prénom - Nom – Nen(a) 1 Nom i cognoms :
Né(e) le – Nascut(da) el:.....
Enfant 2 Prénom - Nom – Nen(a) 2 Nom i cognoms :
Né(e) le – Nascut(da) el:.....
Enfant 3 Prénom - Nom – Nen(a) 3 Nom i cognoms :
Né(e) le – Nascut(da) el:.....

TARIFS – PRECIOS

● COTISATION MENSUELLE / CUOTA MENSUAL

<input type="checkbox"/> 1 jour/semaine / 1 día/setmana	1 enfant + 1 parent 10 €	Enfant supplémentaire 5 €
<input type="checkbox"/> au mois / al mes	35 €	17,50 €

Virement à / Transferencia a BANKINTER IBAN= ES9001280513070100028896
Prélèvement / Domiciliación= Remplir le document SEPA/ Rellenar el documento SEPA

Je, soussigné(e)

autorise n'autorise pas MOZAIK à prendre des photos de mon enfant pendant les activités. Ces images ne pourront être utilisées que par MOZAIK pour une diffusion aux parents et sur notre site web et les réseaux sociaux.

Yo, abajo firmante

autorizo no autorizo MOZAIK a sacar fotos de mi hijo durante las actividades. Estas imágenes sólo podrán ser utilizadas por MOZAIK para una difusión a los padres y en nuestra página web y redes sociales.

Signature/ Firma

Orden de Domiciliación Adeudo Directo SEPA CORE

Emisor o Acreedor: MZK CULTURAL Identificador de Emisor: (Código de País+DC+Sufijo+NIF)* ES9001280513070100028896 NIF: B66832387		(Logo del Emisor) MOZAIK
Dirección Emisor (Nombre de la calle y número)* C/ VALENCIA 351, PAL		
Código Postal/Localidad:* 08009 BARCELONA	País: * ESPAÑA	
Referencia única de mandato: * A completar por el emisor ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES EN FRANCÉS		

Deudor

Mediante la firma de este formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza al emisor o acreedor identificado en el mismo a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar en su cuenta y a su entidad financiera para adeudar los importes correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes del acreedor indicado.

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. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo de 8 semanas a partir de la fecha de en que se realizó el adeudo en su cuenta.

(Los campos marcados con * son obligatorios)

Nombre del deudor (Persona/Empresa)*	
Dirección (Nombre de la calle y número)*	
Código Postal/Localidad:*	País: *
Número de cuenta adeudo: IBAN*	BIC entidad deudora: *
Tipo de pago: * <input type="checkbox"/> Recurrente <input type="checkbox"/> Único	
Fecha /lugar de Firma: *	
Firma(s)*Firma de personas autorizadas en la cuenta, en caso de poderes mancomunados dos firmas son necesarias NIF /Nombre: NIF/Nombre:	
Observaciones: Indique número de contrato, descripción del contrato, si hace el pago en nombre de otra persona o entidad, propósito del adeudo, Importe máximo autorizado...	

Por favor, devolver este original firmado al acreedor, guarde una copia y haga llegar otra a su entidad financiera, donde domicilia y autoriza los pagos.

Nota: En su entidad financiera puede obtener información adicional sobre sus derechos relativos a este mandato.