



**Stage Audiovisuel  
Taller intensiu d'audiovisual  
16– 27/07/2018**

**Élève / Alumne**

Prénom / Nom:  
Nom / Cognom:  
Date de naissance / Data de naixement:

**Parents / Pares**

Mère / Mare Prénom & Nom / Nom i Cognom	Père / Pare Prénom & Nom / Nom i Cognom
Tel: Email:	Tel: Email:

Du 16 au 20/07 et du 23 au 27/07. De 9:00 à 14:00 / Del 16 al 20/07 y del 23 al 27/07. De les 9:00 a les 14:00.  
Centre Cultural de Dones Francesca Bonnemaison. Carrer de Sant Pere Més Baix, 7, 08003 Barcelona

**Prix / Preu: 400 €**

- Par prélèvement bancaire / Per domiciliació bancària

Remplir et signer le document SEPA / Omplir i signar el document SEPA

- Par transférence bancaire / Per transferència bancària

BANKINTER IBAN ES90 0128 0513 0701 0002 8896

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 le site web ou réseaux sociaux de Mozaik.

autoritzo  no autoritzo MOZAIK a fer fotos del/ de la meu(va) fill(a) durant les activitats. Aquestes imatges sólo podrán ser utilitzades per MOZAIK per a una difusió als pares i en la pàgines web o de xarxes socials de Mozaik.

Prénom et Nom / Nom i Cognom – NIE / DNI :

Signature / Signatura:

Ces données seront incorporées dans les fichiers MOZAIK, afin de gérer votre demande et de vous envoyer de l'information. Vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'annulation, conformément à la Ley Orgánica 15/1999 en vous adressant à MOZAIK C. Valencia, 351 Pal.. – 08009 BARCELONA .

Les dades formaran part dels fitxers de MOZAIK, que utilitzarem per a gestionar la seva sol.licitud i fer-li arribar informació. Vosté podrà accedir-los, sol.licitar una rectificació o si escau cancel·lar-los, conforme a la Llei Orgánica 15/1999 avisando a MOZAIK C. Valencia, 351 Pal.. – 08009 BARCELONA

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

<b>Nombre del deudor (Persona/Empresa)*</b>	
<b>Dirección (Nombre de la calle y número)*</b>	
<b>Código Postal/Localidad:*</b>	<b>País: *</b>
<b>Número de cuenta adeudo: IBAN*</b>	<b>BIC entidad deudora: *</b>
<b>Tipo de pago: *</b> <input type="checkbox"/> Recurrente <input type="checkbox"/> Único	
<b>Fecha /lugar de Firma: *</b>	
<b>Firma(s)*</b> Firma de personas autorizadas en la cuenta, en caso de poderes mancomunados dos firmas son necesarias <b>NIF /Nombre:</b> <b>NIF/Nombre:</b>	
<b>Observaciones:</b> 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.