



SOCIO

NUEVO SOCIO

Nombre y Apellidos del padre/madre o tutor 1: _____

DNI: _____ Telefono: _____ e-mail _____

Nombre y Apellidos del padre/madre o tutor 2: _____

DNI: _____ Telefono: _____ e-mail _____

Nombre y Apellidos del Alumno 1: _____ Fecha Nacimiento: _____

Nombre y Apellidos del Alumno 2: _____ Fecha Nacimiento: _____

Nombre y Apellidos del Alumno 3: _____ Fecha Nacimiento: _____

Nombre y Apellidos del Alumno 4: _____ Fecha Nacimiento: _____

Nombre y Apellidos del Alumno 5: _____ Fecha Nacimiento: _____

Domicilio: _____

CP: _____ Población: _____ Provincia: _____

CUOTA: 20€ anual

Firma:

Madrid a _____ de _____ de



AMPA COLEGIO JUAN DE VALDÉS
Avda. de Canillejas a Vicálvaro, 135.
28022 - Madrid

ESTE DOCUMENTO IRÁ FIRMADO POR QUIEN APORTE LOS DATOS DEL FORMULARIO

Que, de acuerdo con lo que establece el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, en nombre de **AMPA DEL COLEGIO JUAN DE VALDÉS** la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado, **REALIZAR TAREAS PROPIAS DE GESTION ADMINISTRATIVA DE LA ASOCIACION, MANDAR INFORMACION A SOCIOS/AS ACERCA DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL AMPA, ASÍ COMO PAGOS Y COBROS.** Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación con nuestra Asociación o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal.

Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en la **AMPA DEL COLEGIO JUAN DE VALDÉS** estamos tratando sus datos personales, por tanto, tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios, a oponerse a la cesión de datos cuando no sea obligatorio y al derecho a portabilidad.

Asimismo, se solicita su autorización para la utilización de imágenes y videos de las actividades organizadas por el AMPA para su publicación en Redes Sociales, Boletines Informativos, y Publicidad de las Actividades.

SI

NO

En _____ a ____ de _____ de _____

FIRMADO MADRE/TUTORA

FIRMADO PADRE/TUTOR

NOMBRE ASOCIACIÓN: AMPA DEL COLEGIO JUAN DE VALDÉS

CIF: G79659173

DIRECCIÓN: Avda. de Canillejas a Vicálvaro, 135. 28022 - Madrid

CORREO ELECTRÓNICO: ampa_j_valdes@fapaginerdelosrios.org.

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA
SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: _____
Mandate reference

Identificador del acreedor: _____
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name
AMPA DEL COLEGIO JUAN DE VALDES

Dirección / Address
Avenida de Canillejas a Vicalvaro 135.

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town
28022 Madrid

País / Country
España

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el deudor
To be completed by the debtor

Nombre del deudor/es / Debtor's name
(titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor / Address of the debtor

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

País del deudor / Country of the debtor

Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / *Swift BIC (up to 8 or 11 characters)*

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES
Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago: **Pago recurrente** **O** **Pago único**
Type of payment *Recurrent payment* *or* *One-off payment*

Fecha - Localidad: _____
Date - location in which you are signing

Firma del deudor: _____
Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.