

A RELLENAR POR SECRETARÍA

Fecha matrícula: _____ Precio: _____
Código: _____ Cliente: _____ Factura: _____

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos			
NIF		Fecha Nacimiento	
Dirección			
Código Postal		Localidad	
Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	
Correo Electrónico			

**DATOS MATRÍCULA CURSO DE ITALIANO
EURL ELDA**

Fechas del curso del 2 de febrero al 1 de julio de 2019.
Sábados de 10:00 a 14:00 horas.
Lugar: Sede de EURL Elda.

FORMA DE PAGO:

El alumno enviará el formulario hasta el 31 de enero junto al primer pago de la reserva de plaza por importe de 180€ o si lo desea el importe completo, 720€.

IBAN: ES46-0049-6659-0328-1613-4203
Concepto: Nombre y apellidos alumno + italiano Elda

Los pagos de la domiciliación serán:

- 180€ primera semana del marzo
- 180€ primera semana de abril
- 180€ primera semana del mayo

El precio del curso incluye manuales y carpeta.

DEVOLUCIONES:

- **Una vez finalizado el periodo de matrícula no se devolverá ninguna cantidad.**
- **ATENCIÓN:** Se requiere un mínimo de alumnos matriculados en un grupo para la apertura del mismo. Sólo en el caso de cancelación de un grupo por parte de AULAS se devolverá la totalidad del pago efectuado.

Todos los cursos tienen un número límite de plazas. La matriculación se efectuará por riguroso orden de llegada de las solicitudes debidamente cumplimentadas.

La firma de esta inscripción supone la aceptación de las Normas del curso.

Fecha:

Firma:



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: **ES67555A53013355**

Nombre del acreedor / Creditor's name: **CENTRO SUPERIOR DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE, S.A.U.**

Dirección / Address: **CTRA. ALICANTE-SAN VICENTE S/N (UNIVERSIDAD DE ALICANTE - EDIF. GERMÁN BERNÁCER)**

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town: **03690 SAN VICENTE DEL RASPEIG, ALICANTE**

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 (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 / 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.

Responsable: Identidad: Centro Superior de Idiomas de la Universidad de Alicante - NIF: A-53013355 Dir. postal: Campus Universitario, Cra San Vicente-Alicante s/n 03690 San Vicente del Raspeig (Alicante) Teléfono: 965903793 E-mail: info@csidiomas.ua.es

En nombre de la empresa tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado y realizar la facturación del mismo. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial 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 Centro Superior de Idiomas de la Universidad de Alicante 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.