

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PADRES

A la atención del Secretario de
 la Asociación STILL
 C/ Ramón Berenguer III, 5 - Bajos
 07003 Palma de Mallorca
 Tel. 971-498 667

Fecha Nacimiento de su Hijo/a Afectado:

Colegio:

DATOS DEL PADRE

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

D.N.I. Nº: _____

TEL. PARTICULAR: _____ TEL. TRABAJO: _____

TEL. MÓVIL: _____ e-mail: _____

DATOS DE LA MADRE

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

D.N.I. Nº: _____

TEL. PARTICULAR: _____ TEL. TRABAJO: _____

TEL. MÓVIL: _____ e-mail: _____

DIRECCIÓN PARA ENVÍO DE CORRESPONDENCIA

DOMICILIO: _____

NÚM.: _____ PLANTA: _____ PUERTA: _____ ESCALERA: _____

POBLACIÓN: _____ C.P.: _____

AUTORIZACIÓN BANCARIA

Por la presente, y hasta nuevo aviso, autorizo a STILL (C.I.F. Nº J-57066318) a cargar en mi/nuestra cuenta los recibos de 100 € anuales (1 cuota) 50 € semestrales (2cuotas) 25 € trimestrales (4 cuotas) 125 € 150 € € anuales que presente la Asociación (*).

TITULAR/ES: _____

ENTIDAD	OFICINA	D.C.	NÚM. DE CTA.

Firma del padre:

Firma de la madre:

En _____, a ____ de _____ de _____

(*) Marque lo que proceda. La cuota anual por unidad familiar es de 100 € mínimo.

Sus datos serán incorporados a la base de datos de la asociación STILL con el objeto de mantenerle informado de nuestras actividades y, en ningún caso, se destinarán a otros fines. Sus datos se mantendrán confidenciales, no serán cedidos a terceras personas, de acuerdo con lo establecido en la Ley 15/1999 de Protección de Datos Personales. En cualquier momento usted puede proceder a cancelar o rectificar esta autorización, enviando un escrito a la asociación STILL.