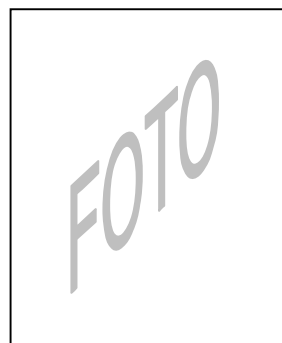




Residencia Universitaria Labouré

C/ Madre de Dios 9 Tfno.: 983/254500
47011 VALLADOLID



INSCRIPCIÓN CURSO 2018/2019

Datos de carácter personal:

Nombre y Apellidos _____

Lugar de nacimiento _____ Provincia _____

Fecha de nacimiento _____ D.N.I. _____

Email _____ Móvil Residente _____

Domicilio _____ Tfno: _____

Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____

Fecha de ingreso _____ Habitación N° _____

Carrera _____ Curso _____

Nombre del padre _____ Profesión _____

Nombre de la madre _____ Profesión _____

Solicito libremente mi admisión en la Residencia y me comprometo a cumplir las normas reglamentarias. Del mismo modo me comprometo a permanecer en la Residencia durante todo el curso, cumpliendo con los pagos comprometidos en tiempo y forma. Si por causa justificada me veo obligada a dejarla, deberé avisar con un mes de antelación.

Según lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incorporados en ficheros titularidad de la Residencia Universitaria Labouré, para su alojamiento en nuestra Residencia. En el supuesto que durante el proceso de admisión, nos facilitara datos de salud, Usted da el consentimiento expreso para su tratamiento. Asimismo, le informamos que el titular de los datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante carta dirigida a nuestra Residencia, adjuntando fotocopia de su DNI, en la C/Madre de Dios, 9, CP. 47011 de Valladolid.

Localidad y fecha: En _____ a: _____ de _____ de 201_

Fdo: _____

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA 2018/2019

REFERENCIA DE LA ORDEN DE DOMICILIACIÓN: _____ -

Mediante la firma de esta orden de domiciliación el deudor autoriza: (A) a RESIDENCIA UNIVERSITARIA LABOURÉ a enviar para efectuar lo adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de la RESIDENCIA UNIVERSITARIA LABOURÉ.

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.

Residente _____ Curso: _____

Nombre del Deudor/res _____ Móvil. _____

DNI _____ Dirección: _____

Código postal: _____ Población: _____

Provincia: _____ País: _____

Nº de cuenta IBAN _____

SWIFT BIC _____

Nombre del acreedor: RESIDENCIA UNIVERSITARIA LABOURÉ

CIF: R4700172B

Nombre de la calle y número del acreedor: C/ Madre de Dios, 9

Código Postal – Población – Provincia: 47011- Valladolid

País: España

Tipo de Pago: RECURRENTE: UNICO:

Localidad y fecha: En _____ a: _____ de _____ de 201_

FIRMA EL DEUDOR

Fdo. : _____

Según lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en este formulario, serán tratados por La Residencia Universitaria Labouré con el objetivo de llevar a cabo la domiciliación bancaria de las cuotas de la Residencia. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante carta dirigida a nuestro centro, adjuntando fotocopia de su DNI, en la C/Madre de Dios, 9, CP. 47011 de Valladolid.