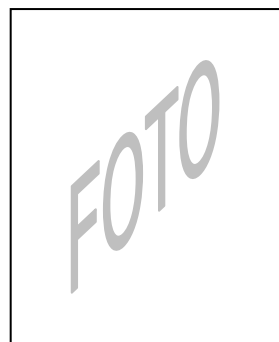




Residencia Universitaria Labouré

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



INSCRIPCIÓN CURSO 2024/2025

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.

En _____ a _____ de _____ de 20__.

Firma de la residente.

Firma del representante o tutor legal.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos, le informamos de que **RESIDENCIA UNIVERSITARIA LABOURÉ**, (en adelante **RESIDENCIA LABOURÉ**) es el responsable del tratamiento de sus datos, con la finalidad de gestionar su solicitud y la prestación de los servicios de la residencia. Igualmente, en caso de situación de representación legal, los datos del representante/tutor legal serán tratados con el fin de gestionar su relación con la residencia. Para poder prestar el servicio solicitado, será necesario tratar determinados datos de salud incluidos los facilitados directa y voluntariamente a la residencia. Si no autoriza dicho tratamiento, no podremos prestarle el servicio solicitado.

Con la firma del presente documento, autoriza a **RESIDENCIA LABOURÉ**, para que presenten al cobro en la cuenta indicada y con carácter indefinido, en tanto continúen las relaciones entre ambas partes, los recibos correspondientes al pago de los servicios solicitados y prestados por el centro.

La legitimación del tratamiento de sus datos deriva de la ejecución del contrato de prestación de servicios que contrate con **RESIDENCIA LABOURÉ**, de su consentimiento o del consentimiento de su representante legal, así como de las obligaciones legales que nos apliquen.

Para la publicación de la imagen de la residente u otras informaciones referidas a esta, y relacionadas exclusivamente con las actividades realizadas en la entidad en los siguientes canales, solicitamos su consentimiento:

Redes sociales, tales como Facebook, Instagram y Twitter (Tengan en cuenta que esta publicación implica una transferencia de datos a Estados Unidos, a la que consiente si acepta la publicación): **SI** [] **NO** []

Página web de la entidad **SI** [] **NO** []

No se cederán sus datos a terceros, salvo que la cesión sea lícita conforme a lo establecido en el Reglamento Europeo de Protección de Datos y la normativa española vigente.

Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional, que puede consultar en nuestra Política de Privacidad: <http://residencialaboure.com/>.

En _____ a _____ de _____ de 20__.

Firma de la residente.

Firma del representante o tutor legal.

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA.

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: _____

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:

Conforme a lo exigido por el Real Decreto-ley 19/2018, de 23 de noviembre, de servicios de pago y otras medidas urgentes en materia financiera, con la firma de este documento AUTORIZA expresamente a **RESIDENCIA UNIVERSITARIA LABOURÉ**, con CIF R4700172B para que presente al cobro en la cuenta indicada y con carácter indefinido, en tanto continúen las relaciones entre ambas partes, los recibos correspondientes al pago de los servicios prestados por el mismo.

Si decide revocar la autorización, rogamos nos lo comuniquen por escrito de manera fehaciente, teniendo en cuenta que los recibos relativos a servicios realizados antes de dicha revocación, aunque éstos no hayan sido facturados, deberán ser atendidos.

Localidad y fecha: En _____ a: _____ de _____ de 202_

FIRMA EL DEUDOR

Fdo. : _____