



AYUNTAMIENTO DE VALMOJADO

NIF: P-4518100E. PLAZA DE ESPAÑA, 1. 45940 VALMOJADO. TELF. 918170029 - FAX 918183083

INSCRIPCIÓN PROGRAMA “TALLER DE MEMORIA”

ALTA

BAJA

DEVOLUCIÓN

PARTICIPANTE			
APELLIDOS _____			
NOMBRE _____		DNI _____	
DIRECCIÓN _____		Nº _____	PISO _____
POBLACIÓN _____		C. POSTAL _____	
FECHA NAC. _____		EDAD _____	EMPADRONADO _____
TELEFONO _____		MOVIL _____	E-MAIL _____

- El abajo firmante solicita a la concejala de Deportes, la inscripción en la actividad deportiva Solicitada.
- Declarando estar al corriente de pago en las actividades que programa la Concejalía de Deportes, en las que he participado en temporadas anteriores.
- La inscripción implica la aceptación de las normas de utilización y funcionamiento.
- La hoja se debe solicitar rellenando el formulario correspondiente.
- La devolución de un recibo conlleva un recargo según establece la Ley General Tributaria.
- Las bajas deberán solicitarse en las oficinas rellenando el formulario correspondiente. No se devolverá el importe de la actividad, salvo causa médica justificada.

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Sr. Director, ruego se abonen los recibos que emita el ayuntamiento de Valmojado, a nombre del deportista indicado

PARTICIPANTE																																
APELLIDOS _____	NOMBRE _____																															
TITULAR DE LA CUENTA																																
APELLIDOS _____	NOMBRE _____																															
DNI _____																																
Nº DE CUENTA:																																
<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>B</td><td>A</td><td>N</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	I	B	A	N					<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
I	B	A	N																													
DIRECCIÓN _____	Nº _____																															
POBLACIÓN _____	PISO _____																															
	PTA. _____																															
	C.POSTAL _____																															

Valmojado a _____ de _____ de 20____

FIRMA:

TRATAMIENTO DE DATOS DE COLEGIADOS Y USUARIOS

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 y con la normativa española vigente, se le informa que los recogidos en el presente formulario son necesarios para la prestación del servicio que se pretende y su negativa a proporcionarlos supondría la imposibilidad de prestar el mismo. Con su firma de aceptación de la solicitud consiente expresamente y autoriza como Responsable del Tratamientos a Ayuntamiento de Valmojado con CIF P4518100E y mail secretaria@valmojado.com para el tratamiento de todos los datos personales facilitados por usted a fin de prestarle el servicio solicitado y realizar la gestión del mismo. Los datos proporcionados se conservarán el tiempo necesario para el cumplimiento legal. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos, solicitar su supresión, limitación u oposición y en su caso portabilidad

Si doy mi consentimiento No doy mi consentimiento