



ESTIMULACION COGNITIVA

1. DATOS DO USUARIO DO SERVIZO:

Nome e apelidos NIF

Enderezo

Código Postal Municipio Provincia

Teléfono Móbil Data nacemento

DATA ALTA Sinatura __ Empadroad/a __ Non empadroad/a

A actividade de Estimulación Cognitiva, será impartida os luns e mércores de 17:00 a 18:00 horas no Centro Social de Maiores de Oza

Coste da actividade: 10€ ao mes

2. DATOS DE DOMICILIACIÓN DO PAGO

Nota: No caso de ter domiciliada algunha actividade nesta mesma conta non é necesaria a validación pola entidade bancaria, se ben esíxese a sinatura do titular.

Moi Sr. meu:

Prego a Vd. que ata nova orde faga efectivos ó Concello de Oza-Cesuras os recibos librados por dito organismo correspondentes á percepción do servizo arriba indicado, con cargo á conta que se especifica a continuación, da que son titular:

Titular da conta: _____

NIF: _____

Número de conta: _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Entidade bancaria: _____

Sinatura titular conta bancaria

Sinatura e selo da entidade bancaria

Para formalizar a inscrición é imprescindible estar ao corrente no cumprimento das obrigas tributarias do Concello de Oza-Cesuras. A taxa devéngase o día 1 de cada mes e se esixirá mediante a domiciliación bancaria ata que remate a actividade. Agás que se formalice a baixa na mesma no mes anterior ao que se pretende cesar na actividade.

(* O CONCELLO RESÉRVASE O DEREITO DE ANULAR ALGUNHA DAS ACTIVIDADES SE NON SE CUBRE O NÚMERO MÍNIMO DE PRAZAS.

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DO CONCELLO DE OZA-CESURAS

Oza-Cesuras, a ____ de _____ de 20 ____.