mediterránea

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A PRESENTAR JUNTO A SOLICITUD DE ALTA

- ☐ FOTOCOPIA DNI TUTOR
- ☐ FOTOCOPIA CARTILLA/RECIBO BANCARIO

INFORME DE ALERGIAS ALIMENTARIAS (SI TUVIERA)

SOLICITUD DE PLAZA DEL SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR CURSO 2019/2020

EN CASO DE QUE EN LA SOLICITUD NO SE HICIERA CONSTAR LA FECHA DE ALTA, SE ENTENDERÁ QUE LA FECHA DE ALTA ES LA DE INICIO DEL CURSO ESCOLAR.

COLEGIO _____ LOCALIDAD_____

1. DATOS DEL ALUMNO/A

PRIMER APELLIDO*	SEGUNDO APELLIDO*	
NOMBRE*	FECHA NACIMIENTO	SEXO
EDUCACIÓN INFANTIL ☐ 3 AÑOS ☐ 4 AÑOS ☐ 5 AÑOS	EDUCACIÓN PRIMARIA ☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º ☐ 6º	

2. ALERGIAS / INTOLERANCIA / OTROS (OBLIGATORIO PRESENTAR INFORME MÉDICO PARA MENÚ ESPECÍFICO)

23. DATOS ACADÉMICOS DEL CURSO . CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO 2016/2017

SERVICIO SOLICITADO	DÍAS ASISTENCIA (MARCAR CON X LOS DÍAS QUE ASISTIRÁ)	
☐ COMEDOR MEDIODÍA	L ☐ M ☐ X ☐ J ☐ V ☐	FECHA DE ALTA: ___ / ___ / 20___
☐ AULA MATINAL	L ☐ M ☐ X ☐ J ☐ V ☐	FECHA DE ALTA: ___ / ___ / 20___
	L	

4. DATOS PERSONALES DEL TUTOR (PADRE/MADRE/OTROS)

NOMBRE Y APELLIDOS*		DNI/NIF*
DOMICILIO*	LOCALIDAD*	CÓDIGO POSTAL*
TELÉFONOS	EMAIL	

*Datos Obligatorios

5. DOMICILIACIÓN BANCARIA:

E	S																						
																							IBAN
				CÓDIGO ENTIDAD						SUCURSAL				DC			NÚMERO DE CUENTA						

Autorizo a Mediterránea de Catering a efectuar en esta cuenta los cargos correspondientes a los servicios anteriormente detallados

BAJA DEL SERVICIO: Presentar en el centro la solicitud de baja con 5 días lectivos de antelación.

En _____, a _____de_____de 20____

Fdo: _____

*El/la firmante declara bajo su responsabilidad que los datos consignados en la solicitud son ciertos. De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, teniendo MEDITERRÁNEA DE CATERING S.L.U. acceso a datos de carácter personal del contratante serán de aplicación las previsiones previstas en la ley anteriormente citada, cualesquiera otras normas complementarias de la anterior o que puedan sustituir en el futuro a las anteriormente citadas. Además, se informa:

a) De que los datos se incorporarán a un fichero, con la finalidad de llevar a cabo el control del servicio y siendo la información suministrada del exclusivo uso de Mediterránea de Catering S.L.U.

b) La respuesta a las preguntas planteadas tienen el carácter de obligatorias.

c)En caso de no suministrar los datos proporcionados los alumnos no serán dados de alta en el servicio.

d) Los interesados tienen posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

e)El responsable del tratamiento de los datos es Mediterranea de Catering S.L.U. C/Gabriel García Márquez, 4, 2ª planta, Edificio Talgo, 28230, Las Rozas (Madrid).

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA CORE

SEPA CORE Direct Debit Mandate

Referencia del mandato:
Mandate reference

La referencia del mandato no puede exceder de 35 caracteres y solo puede contener caracteres: A-Z, a-z, 0-9+/-.
Mandate Reference may not exceed 35 characters and must consist of the following characters only: A-Z, a-z, 0-9+/-.

A cumplimentar por el acreedor- *to be completed by the creditor*

Identificador del acreedor : E S 8 0 0 0 5 8 3 0 1 4 5 7 7 5
Creditor Identifier — Dato facilitado por su entidad.

Nombre del Acreedor : MEDITERRANEA DE CATERING, S.L.
Creditor´s Name

Dirección : C/GABRIEL GARCIA MARQUEZ 4 EDIFICIO TALGO 2
Address

Código Postal –Población : 28230 – LAS ROZAS DE MADRID
Postal Code- City

Provincia – País : *MADRID - ESPAÑA*
Town-Country

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. 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. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.
By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eigth weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank

A cumplimentar por el deudor *(to be completed by the debtor*

Alumno / Colegio :
Name of the debtor(s)

Nombre del deudor/es :
Name of the debtor(s) (Titular/es de la cuenta de cargo- *Account holder/s*)

Dirección del deudor :
Address of the debtor

Código postal - Población :
Postal code and city of the debtor

Provincia - País del deudor :
Town- Country of the debtor

Swift-BIC del banco deudor :
Swift-BIC of the debtor bank

Número de cuenta- IBAN :
Account number of the debt- IBAN

E S

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando por ES
Spanish IBAN up to 24 positions starting by ES

Tipo de pago : ☐ **Pago recurrente** o ☐ **Pago único**
Type of payment — *Recurrent payment* *or* *One/off payment*
Este mandato se puede usar para adeudos recurrentes — Este mandato únicamente se puede usar una sola vez

Fecha - Localidad :
Date, location in which you are signing

Firma/s del deudor/es :
Signature(s) of the debtor(s)

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.