****

**DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA**

**DATOS DEL ALUMNO**

**NOMBRE: ………………………………………………FECHA NTO: ……..……………**

**APELLIDOS: .…………………………………..…………………………………….…………**

**D.N.I./N.I.F: ………………………………………………………………………………………**

**DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA**

**NOMBRE: ………….…………………………………………………………………………….**

**APELLIDOS: ……...…………………………………………………………………………….**

**DNI: ……….………………………………………………………………………………………**

**DIRECCIÓN: …………………………………………………………………………………….**

**POBLACIÓN: .............………………………….……… CP: …………………..…………….**

**PROVINCIA: ……….……………………………………………………………………………**

**TELÉFONO: ……………………………………. @: …………………….……………………**

**IMPORTE: ……………€**

**ENTIDAD BANCARIA: ……………………………………………………………………...…**

**NÚMERO DE CUENTA BANCARIA: ES- - / - - - - / - - - - / - - - - / - - - - / - - - -**

Como titular de la cuenta bancaria indicada, autorizo a TRITRAIL Castellón a domiciliar las cuotas mensuales y acepto las normas de funcionamiento.

**FIRMA**:

**Castellón, de de 201**

**Normas**

* Los pagos se realizarán a principio del mes por domiciliación bancaria.
* Los gastos producidos por devoluciones bancarias correrán a cargo del socio, con un coste de 2.18€.
* Para causar BAJA del la escuela se deberá comunicarlo por escrito al responsable antes del día 20 del mes anterior.