Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz | idcsalud
Escuela Universitaria de Enfermería

CURSO ACADÉMICO 20____ / 20____

Nº EXPEDIENTE: . . . . . .
(A completar por el Centro)

ORDEN DE DOMICILIACION CUOTAS MENSUALES
ESCUELA U. ENFERMERÍA

APELLIDOS Y NOMBRE DEL ALUMNO/A: _____

DNI / NIF_____

DATOS BANCARIOS

TITULAR DE LA CUENTA_____

Domicilio_____

Código Postal_____ Población_____

Provincia_____

ENTIDAD BANCARIA_____

Código IBAN *Código Entidad* *Código Sucursal* *D.C.* *Número de cuenta*

Sello de la Entidad Bancaria

Firma: . . . . . .
(Del alumno ó del titular de la cuenta)

NOTA INFORMATIVA:

1. **El importe de las cuotas mensuales se facturará de septiembre a mayo ambos incluidos.**
2. **En el mes de diciembre se pasará un recibo extraordinario correspondiente al 75 % de las tasas de matrícula.**