Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
Grupo quirónsalud

UAM Escuela de Enfermería

Curso Académico 20___ / 20___

EXP NÚM:.....
(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.**