



# FICHA DE INSCRIPCIÓN ABONADOS

Campus Deportivo Municipal

<b>DATOS PERSONALES DEL TITULAR DEL ABONO</b>		<b>FECHA INICIO:</b>	
¿EMPADRONADO EN VILLANUEVA?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		ACTIVIDAD: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
APELLIDOS:		NOMBRE:	
FECHA DE NACIMIENTO:		DNI:	
DIRECCIÓN:			
POBLACIÓN:		PROVINCIA:	C. POSTAL:
TELÉFONO:		TELÉFONO 2:	

<b>CATEGORÍA / ABONO</b> <input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/> ESCOLAR <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> VERANO			
<input type="checkbox"/> Adulto	<input type="checkbox"/> F.N.*	<input type="checkbox"/> FAMILIAR 2 MIEMBROS	<input type="checkbox"/> F.N.*
<input type="checkbox"/> Infantil	<input type="checkbox"/> F.N.*	<input type="checkbox"/> FAMILIAR 3 MIEMBROS	<input type="checkbox"/> F.N.*
<input type="checkbox"/> Mayores de 65 años	<input type="checkbox"/> F.N.*	<input type="checkbox"/> FAMILIAR 4 MIEMBROS	<input type="checkbox"/> F.N.*
<input type="checkbox"/> MINUSVALÍA %		<input type="checkbox"/> FAMILIA NUMEROSA	

\* F.N.: Aquellos usuarios que sean miembros de familia numerosa y lo acrediten.

<b>ACREDITACIÓN CATEGORÍA</b>

<b>OTROS MIEMBROS DEL ABONO FAMILIAR</b>
--

<b>2º MIEMBRO:</b>		<b>Nº DE ABONADO:</b>	
APELLIDOS:		NOMBRE:	
FECHA DE NACIMIENTO:		DNI:	TEL. MÓVIL:
<b>3º MIEMBRO:</b>		<b>Nº DE ABONADO:</b>	
APELLIDOS:		NOMBRE:	
FECHA DE NACIMIENTO:		DNI:	TEL. MÓVIL:
<b>4º MIEMBRO:</b>		<b>Nº DE ABONADO:</b>	
APELLIDOS:		NOMBRE:	
FECHA DE NACIMIENTO:		DNI:	TEL. MÓVIL:

<b>FORMAS DE PAGO:</b>
<input type="checkbox"/> <b>TARJETA</b>
<input type="checkbox"/> <b>TRANSFERENCIA EN CUENTA DEL AYUNTAMIENTO.</b> (Entregar copia justificante pago)
<input type="checkbox"/> <b>DOMICILIACIÓN BANCARIA</b> (se adjunta SEPA)

PARA CAUSAR BAJA COMO ABONADO TRIMESTRAL ES OBLIGATORIO **COMUNICARLO POR ESCRITO** CON UN MÍNIMO DE 10 DÍAS DE ANTELACIÓN AL COMIENZO DEL SIGUIENTE PERIODO DE COBRO. DE LO CONTRARIO **SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE.**

Villanueva de Gállego, de

de 20

Firma de aceptación de condiciones

- De acuerdo con la normativa vigente en materia de protección de datos personales, le informamos de que sus datos personales formarán parte de un fichero del Ayuntamiento de Villanueva de Gállego con la finalidad de tramitar su solicitud. El tratamiento de sus datos está legitimado por la legislación administrativa vigente en cada momento. Sus datos no serán cedidos a terceros salvo que la ley lo permita o lo exija expresamente.
- Asimismo, le informamos de la posibilidad que Ud. tiene de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y supresión (derecho al olvido), limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y de oposición en relación a sus datos personales, dirigiéndose al Ayuntamiento de Villanueva de Gállego, Plaza de España nº 1, 50.830 Villanueva de Gállego. Puede consultar la información adicional y detallada sobre la protección de datos en nuestra web [www.villanuevadegallego.org](http://www.villanuevadegallego.org)
- Igualmente le informamos de que podrán realizarse fotografías para su posterior publicación en la página web de este ayuntamiento u otras publicaciones editadas por él mismo. Salvo que manifieste lo contrario, entendemos que consiente la realización de dichas fotografías.
- La veracidad de los datos aportados será comprobada, y en caso de falsedad, se perderá la condición de abonado.

**FICHA DE INSCRIPCIÓN  
ABONADOS**

Campus Deportivo Municipal

<b>DATOS PERSONALES DEL TITULAR DEL ABONO</b>	<b>FECHA INICIO:</b>
---	----------------------

¿EMPADRONADO EN VILLANUEVA?:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	ACTIVIDAD:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
APELLIDOS:			NOMBRE:		
FECHA DE NACIMIENTO:			DNI:		
DIRECCIÓN:					
POBLACIÓN:		PROVINCIA:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:			TELÉFONO 2:		

<b>CATEGORÍA / ABONO</b>	<input type="checkbox"/> ANUAL	<input type="checkbox"/> ESCOLAR	<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL	<input type="checkbox"/> MENSUAL	<input type="checkbox"/> VERANO
--------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

<input type="checkbox"/> Adulto	<input type="checkbox"/> F.N.*	<input type="checkbox"/> FAMILIAR 2 MIEMBROS	<input type="checkbox"/> F.N.*
<input type="checkbox"/> Infantil	<input type="checkbox"/> F.N.*	<input type="checkbox"/> FAMILIAR 3 MIEMBROS	<input type="checkbox"/> F.N.*
<input type="checkbox"/> Mayores de 65 años	<input type="checkbox"/> F.N.*	<input type="checkbox"/> FAMILIAR 4 MIEMBROS	<input type="checkbox"/> F.N.*
<input type="checkbox"/> MINUSVALÍA %		<input type="checkbox"/> FAMILIA NUMEROSA	

\* F.N.: Aquellos usuarios que sean miembros de familia numerosa y lo acrediten.

<b>ACREDITACIÓN CATEGORÍA</b>

<b>OTROS MIEMBROS DEL ABONO FAMILIAR</b>
--

<b>2º MIEMBRO:</b>	<b>Nº DE ABONADO:</b>
APELLIDOS:	NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:	DNI:
	TEL. MÓVIL:
<b>3º MIEMBRO:</b>	<b>Nº DE ABONADO:</b>
APELLIDOS:	NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:	DNI:
	TEL. MÓVIL:
<b>4º MIEMBRO:</b>	<b>Nº DE ABONADO:</b>
APELLIDOS:	NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:	DNI:
	TEL. MÓVIL:

<b>FORMAS DE PAGO:</b>
------------------------

<input type="checkbox"/> <b>TARJETA</b>
<input type="checkbox"/> <b>TRANSFERENCIA EN CUENTA DEL AYUNTAMIENTO.</b> (Entregar copia justificante pago)
<input type="checkbox"/> <b>DOMICILIACIÓN BANCARIA</b> (se adjunta SEPA)

PARA CAUSAR BAJA COMO ABONADO TRIMESTRAL ES OBLIGATORIO **COMUNICARLO POR ESCRITO** CON UN MÍNIMO DE 10 DÍAS DE ANTELACIÓN AL COMIENZO DEL SIGUIENTE PERIODO DE COBRO. DE LO CONTRARIO **SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE.**

Villanueva de Gállego, de

de 20

Firma de aceptación de condiciones

- De acuerdo con la normativa vigente en materia de protección de datos personales, le informamos de que sus datos personales formarán parte de un fichero del Ayuntamiento de Villanueva de Gállego con la finalidad de tramitar su solicitud. El tratamiento de sus datos está legitimado por la legislación administrativa vigente en cada momento. Sus datos no serán cedidos a terceros salvo que la ley lo permita o lo exija expresamente.
- Asimismo, le informamos de la posibilidad que Ud. tiene de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y supresión (derecho al olvido), limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y de oposición en relación a sus datos personales, dirigiéndose al Ayuntamiento de Villanueva de Gállego, Plaza de España nº 1, 50.830 Villanueva de Gállego. Puede consultar la información adicional y detallada sobre la protección de datos en nuestra web [www.villanuevadegallego.org](http://www.villanuevadegallego.org)
- Igualmente le informamos de que podrán realizarse fotografías para su posterior publicación en la página web de este ayuntamiento u otras publicaciones editadas por él mismo. Salvo que manifieste lo contrario, entendemos que consiente la realización de dichas fotografías.
- La veracidad de los datos aportados será comprobada, y en caso de falsedad, se perderá la condición de abonado.

## SEPA

Código de documento	
Descripción del documento	Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA / <i>SEPA Direct Debit Mandate</i>

Referencia orden de domiciliación / <i>Mandate reference:</i>	Deudas de vencimiento periódico y notificación colectiva – Notificación Individual
Identificación del acreedor / <i>Creditor identifier</i>	P5029300J
Nombre del acreedor / <i>Creditor's name</i>	Ayuntamiento de Villanueva de Gállego
Dirección / <i>Address</i>	Plaza de España, 1
C. postal- Población-Provincia / <i>Postal code- City-Town</i>	50830 – Villanueva de Gállego – Zaragoza

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y 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 the creditor to send instructions to your bank to debit your account and 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 eight 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.*

<b>Titular del Tributo</b>	DNI/NIE/NIF		Apellidos y nombre <b>DEL USUARIO@</b>			
	Dirección / <i>Address of the debtor</i>					Email
	C.Postal / <i>Postal Code</i>	Municipio / <i>Town</i>	Provincia / <i>City</i>	País / <i>Country</i>	Teléfono	

Como titular/tutor legal del menor autorizo a que se cobren los tributarios indicados, mediante domiciliación bancaria, en la cuenta del deudor.

D.N.I:		Firma del usuario/tutor legal de menor:
Nombre:		

**Advertencia legal:** el titular de la cuenta queda advertido de que, conforme al artículo 33 del Reglamento General de Recaudación, "el tercero que pague la deuda no estará legitimado para ejercitar ante la Administración los derechos que corresponden al obligado al pago"

<b>Datos del Pagador</b>	<i>Rellenar sólo cuando el titular sea distinto al pagador</i>					
	DNI/NIE/NIF		Apellidos y nombre o Razón Social			
	Dirección					Email
	Código Postal	Municipio	Provincia	Teléfono		

Localidad / <i>Location in which you are signing</i>	Fecha / <i>Date</i>	Firma del deudor / <i>Signature</i>



