

Autorizo al Centro San Juan Bosco de Morón de la Frontera a cargar en la cuenta detallada el importe correspondiente como pago de la enseñanza del C.F.G.S. de TAFAD del curso 2018/19 del alumno:

<b>APELLIDOS Y NOMBRE DEL ALUMNO</b>

CURSO	1º	2º	IMPORTE	Reserva	Mensual	Trimestral	Anual
				500,00	250,00	750,00	2.250,00

<b>N.I.F.</b>	<b>TITULAR DE LA CUENTA</b> (Apellidos y nombre)

<b>DIRECCIÓN</b> (del titular de la cuenta)		
<b>C.P.</b>	<b>POBLACIÓN</b>	<b>PROVINCIA</b>

<b>DATOS BANCARIOS</b>															
<b>BANCO O CAJA</b>															
<b>IBAN</b>															

Morón de la Frontera, a \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_.

Firma del titular de la cuenta: