



*Ompliu si voleu rebre informació de l'AFA *Rellenar si
desa recibir información del AFA

DOMICILIACIÓ BANCARIA

Por la presente autorizo a la Asociación de Familias de alumnos del IES Cap de Llevant a cobrar la cuota de afiliación, 25€ una vez por curso escolar, a nombre de:

--

Amb càrrec al compte. Con cargo a la cuenta:

IBAN

[illegible]

Titular compte.

Titular de la cuenta -----

-----a -----de ----- 2025

Signatura del titular Firma del titular

*Ompliu solament un per familia *Rellenar solamente uno por familia

* En cas de voler donar-vos de baixa per qualsevol motiu, agrairíem ens ho fèssiu saber per correu o amb una notificació.

* En caso de querer daros de baja por cualquier motivo, agradeceríamos nos lo hicierais saber por correo o con una notificación.

ampaiescapdellevent@gmail.com