

INSCRIPCIÓN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA PERSONAS MAYORES

Datos de la persona que se inscribe

APELLIDOS		NOMBRE	
DOMICILIO		LOCALIDAD	
FECHA DE NACIMIENTO		D.N.I.	
S.I.P		TELÉFONO	
OBSERVACIONES/ALERGIA			

Grupo elegido:

- ☐ Lunes y miércoles de 10.00 a 11.00 horas
- ☐ Martes y jueves de 11.00 12.00 horas.

Precio: pago único de 15€ toda la temporada

Uso de mi imagen:

A que en caso de efectuarse alguna fotografía en el transcurso de las actividades para las que se inscribe, esta pueda aparecer en la página web o publicaciones del Ayuntamiento:

SI ☐ NO ☐

Declaración Responsable

Manifiesto:

- Durante los últimos 14 días no haber estado con personas infectadas por la COVID-19 ni haber tenido ninguno de estos síntomas: tos, fiebre, pérdida de olfato o gusto.
- Que he sido informado/da y he aceptado que el cumplimiento de las normas forma parte de mi responsabilidad individual para garantizar la máxima seguridad en la actividad.
- Que soy conocedor/a de los problemas de salud que podría suponer la infección por COVID-19.

De acuerdo con esto declaro:

- Me comprometo a seguir las directrices marcadas por las autoridades sanitarias, las recomendaciones para hacer uso del Polideportivo Municipal El Paretó y por el monitor de la actividad.
- Entiendo el riesgo y la posibilidad de infección por COVID-19, soy consciente de las medidas que tengo que tomar para evitar un posible contagio.
- Declaro que voy a hacer un uso responsable de la instalación, asumiendo personalmente todas las consecuencias y responsabilidades.
- En caso de incumplimiento de alguna de las normas, no podré acceder a los entrenamientos dentro de la instalación hasta que me lo notifique el Ayuntamiento de Alfara del Patriarca.

FECHA Y FIRMA



Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor

Referencia de la orden de domiciliación: _____
Mandate reference

Identificador del acreedor: ES16000P4602500C
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name

Ajuntament d'Alfara del Patriarca

Dirección / Address

Plaça Sant Joan de Ribera

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) 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 desde 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 sean a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorize (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) 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.

Nombre del deudor/es / Debtor's name

(titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor / Address of the debtor

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

País del deudor / Country of the debtor

O
or

Pago único
One-off payment

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES

Tipo de pago:
Type of payment

Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Fecha - Localidad: _____

Firma del deudor: _____
Signature of the debtor

A cumplimentar por el deudor