



## AUTORIZACIÓN PARA LA DOMICILIACIÓN BANCARIA DEL SERVICIO DE DESAYUNOS DEL C.E.I.P. AGUSTÍN DE ARGÜELLES

NOMBRE DE ALUMNO	CURSO	ALERGIA	Nº SOCIO AMPA
MADRE / TUTORA			TELÉFONO
PADRE / TUTOR			TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO			

HORARIO AL QUE SE ACOGE EN MAÑANAS	
CON ALIMENTACIÓN	SIN ALIMENTACIÓN

TITULAR DE LA CUENTA																				
IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	DC	NÚMERO DE CUENTA																
ES																				

Autoriza a la Empresa SERVICIOS HOSTELEROS A COLECTIVIDADES S.L. a realizar mensualmente, del 1 al 5 del mes que corresponda, el cargo en cuenta del servicio de desayuno.

**NOTAS ACLARATORIAS:**

- Los importes mensuales que no superen los 10€, tendrán un incremento de 0,30€ mensuales.
- Los alumnos que deseen causar baja o cambiar los datos del servicio, deberán comunicarlo por escrito a las monitoras antes del último día lectivo del mes anterior a la baja o modificación, de otro modo se pasará el recibo sin derecho a devolución.
- Los recibos que sean devueltos por la entidad bancaria deberán abonarse en efectivo antes del día 15 del mes vigente, incrementados con la comisión bancaria por devolución de recibos.
- La falta de pago de una cuota originará la baja inmediata en el servicio de desayuno.

SERVICIOS HOSTELEROS A COLECTIVIDADES SL es el responsable del tratamiento de sus datos personales y le informa que serán tratados de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD) con el consentimiento del representante legal del interesado siendo la finalidad del tratamiento la realización de actividades de ocio y formación. Sus datos se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento y no se comunicarán a terceros sin su consentimiento.

Derechos que le asisten: Derecho a retirar este consentimiento en cualquier momento. Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de los datos y de limitación u oposición al tratamiento. Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Podrá ejercer los derechos a CALLE DE LA FLORIDA, 3, NAVE 5, - 28670 VILLAVICIOSA DE ODÓN (Madrid). Email:

[SHC@servicioshosteleros.com](mailto:SHC@servicioshosteleros.com).

SI	NO	Autorizo a los siguientes tratamientos:
		Participar de las actividades del Responsable
		Recibir información sobre las actividades del Responsable.
		Acceso al número de cuenta para el pago de las actividades.
		Acceso a un registro personalizado de las alergias del alumno.

Yo,.....como madre / padre o tutor, con NIF / NIE / Pasaporte  
 ..... con domicilio a ..... núm ..... , CP .....  
 Población ....., consiento el tratamiento de los datos en los términos expuestos.

VILLAVICIOSA DE ODÓN, en fecha .....

Firma: .....