



DADES DEL JUGADOR/A

Nom:	Cognoms:	Data naixament:
Adreça:	Població:	CP:
Núm. SS (adjuntar fotocòpia):	DNI:	
Nom pare/mare/tutor:		
E-mail:	Tlf:	
Soci:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Talla Samarreta:		

- Pateix alguna malaltia? Quina?

- El participant és APTE per a la pràctica esportiva?

- Manifesta algun tipus d'al·lèrgia? Quina?(fotocòpia informe mèdic)

- Està protegit per les vacunes assenyalades per la normativa vigent?

- Qui serà el responsable de recollir el jugador/a habitualment?

Dies d'entrenament:

Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres	Dissabte
---------	---------	----------	--------	-----------	----------

AUTORITZACIONS

- El sota signant autoritza a què siguin preses les mesures medicoquirúrgiques que fossin necessàries en cas d'accident o urgència per part de la pertinent direcció facultativa, incloent el cas que, prèviament, no s'hagi pogut contactar amb la família.
- El sota signant autoritza a BREAKPOINT ACADEMY a utilitzar el material gràfic derivat de les activitats en les quals participa el seu fill/a.
- Aquestes autoritzacions són vàlides per totes les activitats que BREAKPOINT ACADEMY organitza dins del CE Mas Ram.
- El sotasignant dóna el seu consentiment.

..... de de 20...

Signatura

DNI:.....

¹ En cas d'accident serà el pare/mare o tutor el responsable d'acompanyar al jugador/a al centre mèdic que cregui més convenient. Excepte en casos d'emergència que es trucarà als Serveis de Suport Vital.

Logotipo
Acreedor
Logo Creditor

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA SEPA Direct Debit Mandate

Referencia de la orden de domiciliación: _____
Mandate reference

Identificador del acreedor: _____
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name

Dirección / Address

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

País / Country

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 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 (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

Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters)

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES
Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago:
Type of payment

Pago recurrente
Recurrent payment

o
or

Pago único
One-off payment

Fecha - Localidad:
Date - location in which you are signing

Firma del deudor:
Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

A cumplimentar por el deudor
To be completed by the debtor