

**AUTORIZACIÓN DE DOMICILIACIÓN DE RECIBOS**

D./Dna ................................................................................................................................................

D.N.I.......................... pai/nai ou titor/a do alumno/a........................................................................,

matriculado/a no Servizo Lúdico Educativo do Concello de Silleda

**AUTORIZA**

A domiciliar os pagos do Servizo Lúdico Educativo do Concello de Silleda correspondentes ao curso 2015/16, pola cantidade de …………………. mensuais, no seguinte nº de conta:

Código IBAN Oficina D.C. Nº de conta

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Titular da conta.............................................................................

Asdo.:

**Conforme o titular da conta. Silleda, de 2015**