

Consultor	SAGa3 Consultoría del Sur SL			Teléfono	956 92 12 00		
Indique los datos del curso al que desea inscribirse							
Nombre del curso						Precio total	
Modalidad				Privado			
Datos del alumno							
Apellidos				Nombre			
Fecha de nacimiento				DNI			
Sexo	Hombre		Mujer		Nacionalidad		
Teléfono				Teléfono móvil			
Email				Horario laboral			
¿Posee alguna minusvalía/ discapacidad?	Sí		No		Víctima del terrorismo	Sí	No
	tipo:				Víctima de violencia de género	Sí	No
Nº Afiliación S.S.							
					Nº grupo cotización TGSS		
Nivel de estudios							
Sin estudios		Estudios primarios, EGB o equivalente			FP I, o enseñanzas técnico profesional EQUIV. Bachillerato superior, BUP Y EQUIV, FP II ó EQUIV.		
Arquitecto técnico o ingeniero técnico, Diplomado de otras escuelas universitarias y EQUIV		Arquitecto e ingeniero superior o licenciado			Otros (especificar):		
Puesto de trabajo que desempeña (área funcional)							
Dirección	Administración	Comercial	Mantenimiento	Producción			
Categoría profesional							
Dirección	Mando intermedio	Técnico	Trabajador cualificado	Trabajador no cualificado			
Datos de la empresa							
Razón social						CIF	
Nombre comercial				Actividad Principal			
IBAN					Entidad		
					Oficina		
					DC		
					Nº Cuenta		
Plantilla media año anterior				Cta. Cotización (indicada en la nómina del trabajador)			
Existe RLT	Sí		No		PYME	Sí No	
Empresa nueva creación	Sí		No		Fecha creación	Nº Trabajadores TC1	CNAE
Convenio colectivo						Horas convenio	
Domicilio				Provincia	Localidad	CP	
Teléfono				Móvil	Email		
Persona contacto (empresa)				Teléfono			
Cuenta 640 PGC: Sueldos y salarios año anterior				Cuenta 642 PGC: Seguridad social empresa año anterior			
Nombre y apellidos del representante legal						DNI rep. legal	
Gestoría				Código	Tlf. gestoría		
Persona contacto (asesoría)				Email gestoría			
, a de de 20				Firmado alumno		Firmado empresa	

*Declaro que los datos expuestos corresponden a la realidad y autorizo con mi firma que se atienda al recibo que presentará Fundación Maude en la cuenta bancaria arriba indicada

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA
SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

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.

A cumplimentar por el deudor
To be completed by the debtor

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 / 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: _____ de _____ de 20____
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 ESTE 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.