

D. / Dña. _____, con NIF _____

en representación del centro _____

AUTORIZA

A la **Asociación de Centros de Estudios Privados de Málaga**, ACEPMA, con CIF: G-29581550, y domicilio social en la calle Hernán Ruíz, nº 6, primera planta, de Málaga, **al cargo de los recibos mensuales por un importe de 85,00 €**, como cuota de centro asociado a ACEPMA en el siguiente número de cuenta:

ENTIDAD:	
OFICINA:	
D. C.:	
NÚMERO DE CUENTA	

Asimismo, en caso de devolución del recibo mensual, el centro correrá con los gastos de devolución, según se aprobó en Junta Directiva, y realizará la transferencia a ACEPMA a la siguiente cuenta corriente:

ENTIDAD:	CAJAMAR	3058
OFICINA:		0751
D. C.:		01
NÚMERO DE CUENTA		2720158363

Málaga, _____ de _____ de 201_____

Fdo.: _____