



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 Álamos, nº42 - 2ª planta, de Málaga, **al cargo de los recibos mensuales por un importe de 60,00 €, (PRIMER AÑO 30,00 €)** como cuota de centro asociado **BÁSICO** 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:		751
D. C.:		01
NÚMERO DE CUENTA:		2720158363

Málaga, _____ de _____ de 201____

Fdo.: _____

De acuerdo con la LSSICE y la LOPD, le comunicamos que sus datos personales y dirección de correo electrónico forman parte de un fichero automatizado, cuyo responsable es ACEPMA, siendo la finalidad del fichero el envío de comunicados de carácter informativo o comercial sobre nuestros servicios. Si lo desea puede ejercer los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de sus datos enviando un mensaje de correo electrónico a info@acepma-cecapmalaga.org indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar. Gracias por su colaboración.
