



Fecha de entrega/...../.....

AUTORIZACION DE DEBITO AUTOMÁTICO

Indicar con una X la opción elegida

ARANCELES + ACT. EXTRAP.
RESERVA DE VACANTE

Por la presente autorizo al Colegio Sagrado Corazón de Castelar que debite de mi Cuenta Corriente / Caja de Ahorro (tachar lo que no corresponda)

Nº.....del Banco

CBU N°

Aranceles correspondientes a los alumnos:

Nombre y Apellido.....Curso.....

Nombre y Apellido.....Curso.....

Nombre y Apellido.....Curso.....

Nombre y Apellido.....Curso.....

Nombre y Apellido.....Curso.....

Firma del Titular de la Cuenta

Aclaración

Tipo y N° de Documento

NOTA:

SOLICITAMOS ENTREGAR ESTE TALÓN COMPLETO VIA MAIL : elsagrado@sagrado-castelar.edu.ar o presencialmente en la Administración de lunes a viernes de 7:45 a 10:30hs