

Aplicación Artes. ESCUELA DE FOTOGRAFÍA

Solicitante	Nombre		D.N.I	
	1 Apellido		2 Apellido	
	Edad		F.Nacimiento	

Representante legal	Nombre		D.N.I	
	1 Apellido		2 Apellido	

Domicilio	Tipo de vía		Dirección	
	Municipio		Provincia	Cod.Postal

Teléfonos		e-mail	
------------------	--	--------	--

Preferencias de contacto ordene 1ª, 2ª y 3ª

Teléfono		Whatsapp		e-mail	
-----------------	--	-----------------	--	---------------	--

PHOTOESCUELA

Marcar el horario y grupo elegido

Grupos	Horarios	precio
NIVEL BÁSICO	MARTES 18:00 a 20:00	30€/mes
NIVEL MEDIO	JUEVES 19:00 a 21:00	30€/mes
NIVEL AVANZADO	No hay horario determinado	30€/mes

Número de cuenta del interesado para el cargo del recibo mensual

IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	Nº DE CUENTA

En Cabanillas del Campo a..... de.....de.....

Fdo.