Ayuntamiento de
ALMOHARIN

SOLICITUD DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO

NOMBRE Y APELLIDOS:_____

DNI:_____

DOMICILIO:_____

EDAD:_____

DEPENDIENTE: SI:___ GRADO:____ NO:____

AUTORIZO AL AYUNTAMIENTO DE ALMOHARÍN A QUE PROCEDA AL CARGO EN EL NÚMERO DE CUENTA DEL/LA QUE SOY TITULAR LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

1,00 EUROS POR HORA DE SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO

NOMBRE ENTIDAD BANCARIA:_____

E	S																						

Y PARA QUE ASÍ CONSTE FIRMO LA PRESENTE EN ALMOHARÍN,

A _____ DE _____ DE 2.02__

FDO. _____