

CERTIFICADO DEL CENTRO

Centro/Residencia N.I.F.

Domicilio Teléfono.....

C. Postal Localidad Provincia

N.º Registro.....

Titular N.I.F.

D./D.^a certifica que

D./D.^a

Tiene reservada /ocupa plaza en este centro desde

Importe mensual correspondiente a lo siguiente:

Concepto	Cuantía..... €
----------------	----------------

Concepto	Cuantía..... €
----------------	----------------

Concepto	Cuantía..... €
----------------	----------------

En....., a de de 20

(Firma y sello del responsable del Centro)