



Don/Doña \_\_\_\_\_,  
como padre/tutor de \_\_\_\_\_,  
me comprometo a abonar o que se me cargue en cuenta las cantidades  
correspondientes al tratamiento terapéutico mensual en los primeros 5 días de cada  
mes a la ASOCIACION ASPATHI, en la cuenta facilitada para ello..

En caso de dejar de pertenecer a la asociación, me comprometo a abonar y/o  
permitir el cargo en la entidad bancaria de las cantidades adeudadas que me  
correspondan de los tratamientos terapéuticos prestados, de no ser así se abonarán  
como gastos indemnizatorios todos los que se devenguen para el cobro de las  
mismas, ya sea por vía judicial o extrajudicial.

He comprendido y acepto las explicaciones y condiciones que se me han  
facilitado.

En tales condiciones AUTORIZO, que se realice la terapia antes mencionada.

En Sevilla, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: MADRE/TUTOR

Fdo.: EL PROFESIONAL



**ASPATHI** (Asociación Sevillana de Padres y Afectados con Trastornos Hipercinéticos)

**C.I.F.: G91176503, TLF: 615268903**

**Email: [juntadirectiva.aspathi@gmail.com](mailto:juntadirectiva.aspathi@gmail.com)**

**Web oficial: [www.aspathi.es](http://www.aspathi.es)**