

	<b>CONTRATO ESTANCIAS RESIDENCIALES</b>	<b>PC14/R05</b>
		Fecha: 24-09-21 Versión: 4 Página 1 de 11

## CONTRATO DE ADMISIÓN

En Centro - Población@1# DATOS RESIDENCIA a Fecha Último Ingreso@1# RESIDENTE

### REUNIDOS

De una parte Dña. \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_, en nombre y representación de Albertia Servicios Sociosanitarios, S.A, como director del Centro para mayores Albertia Figueruelas con C.I.F. \_\_\_\_\_, situado en la Avenida Aragón, s/n de Figueruelas (Zaragoza).

Y de otra parte D<sup>a</sup>/D Nombre@1# RESIDENTE mayor de edad con D.N.I. Nº de Identificación@1# RESIDENTE domiciliada en la Domicilio@1# DIRECCIÓN@1# RESIDENTE - Código Postal@1# DIRECCIÓN@1# RESIDENTE - Población@1# DIRECCIÓN@1# RESIDENTE - Provincia@1# DIRECCIÓN@1# RESIDENTE del cual actúa en calidad de fiador solidario D<sup>a</sup>/D Nombre@1# FAMILIAR@1# RESIDENTE , con D.N.I. Nº de Identificación@1# FAMILIAR@1# RESIDENTE , y con domicilio en la Domicilio@1# DIRECCIÓN@1# FAMILIAR@1# RESIDENTE, Código Postal@1# DIRECCIÓN@1# FAMILIAR@1# RESIDENTE - Población@1# DIRECCIÓN@1# FAMILIAR@1# RESIDENTE - Provincia@1# DIRECCIÓN@1# FAMILIAR@1# RESIDENTE

### MANIFIESTAN

1. Albertia Servicios Sociosanitarios, tiene como objeto social: *“La prestación de servicios asistenciales; cuidado, promoción, asistencia, transporte por cualquier medio, rehabilitación, inserción social y tratamiento de todo tipo a personas de tercera edad o cualquiera otra con alguna carencia, enfermedad o minusvalía física, psíquica o económica; regentando, explotando o gestionando a tal efecto centros o inmuebles propios o ajenos”.*
2. Albertia Servicios Sociosanitarios, a través de su Centro Nombre Residencia@2# DATOS RESIDENCIA ofrece una asistencia personalizada y un trato humano.
3. Que el residente conoce las instalaciones del Centro Nombre Residencia@2# DATOS RESIDENCIA, así como las condiciones de alojamiento, sociales, sanitarias y económicas, considerándolas de su completa satisfacción.
4. Que el ingreso del residente se efectúa libremente.
5. Que los contratos de admisión deberán suscribirse con la persona usuaria, familiar o representante. En el supuesto de residentes presuntamente incapaces la Dirección del centro

Albertia Servicios Sociosanitarios	Residente o Representante del residente
Dirección.	

	<b>CONTRATO ESTANCIAS RESIDENCIALES</b>	<b>PC14/R05</b>
		Fecha:24-09-21 Versión: 4 Página 2 de 11

procederá de oficio a ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal, a fin de adoptar las medidas oportunas de protección para el residente.

De acuerdo con el artículo 7 de la citada Ley y con el artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, en caso de que el usuario no se encontrase en disposición de facilitar los datos necesarios personalmente y no disponga de representante legal, autoriza al Centro a recabarlos de sus familiares o terceras personas a él vinculadas

Estando conforme con el Reglamento Interno del Centro y habiéndolo recibido en este acto, el residente formaliza este CONTRATO DE ADMISIÓN, que se registrará en base a las siguientes:

### CLAUSULAS

**PRIMERA:** Que con fecha Fecha Último Ingreso@1# RESIDENTE el residente ha realizado la solicitud de admisión o reserva de plaza. Con dicha reserva entregará una fianza de .....EUROS (.....€) equivalente al 100 % del valor estimado mensualmente de la opción residencial escogida, sirviendo este contrato de recibo y justificante del pago. Transcurridos noventa días desde el último día de estancia, ALBERTIA procederá a su devolución.

*Precio Diario estipulado de este contrato es de .....€/día ( IVA INCLUIDO)*

**SEGUNDA:** La efectividad de este contrato está sometida a un período de prueba de un (1) mes hábil de estancia en el contrato de duración indefinida, durante el cual ambas partes pueden resolver voluntariamente, debiéndose en todo caso devolver la fianza de la cláusula primera, descontando de la misma, en todo caso, las cantidades que se adeuden por todos los conceptos.

El contrato tiene una duración indefinida, salvo que alguna de las partes renuncie al mismo según lo estipulado en el Reglamento Interno.

Considerando dos tipos de estancia:

- Temporal: estancia inferior a TREINTA DIAS ( 30 ) días (se incluyen en esta categoría las bajas llevadas a cabo durante el primer mes de prueba).
- Definitiva: estancia superior a TREINTA DÍAS ( 30 ) días.

En caso de baja voluntaria e inferior a TREINTA DÍAS( 30 ) días desde la fecha de ingreso, habiendo contratado previamente la modalidad definitiva, se facturará el exceso de la diferencia de precios computando el periodo total de la estancia.

Se designa como **familiar responsable** a efectos de comunicación preferente de incidencias del residente por parte de los profesionales del centro a Nombre@1# FAMILIAR@1# RESIDENTE en calidad de Parentesco@1# FAMILIAR@1# RESIDENTE y con número de teléfono Teléfono@1# DIRECCIÓN@1# FAMILIAR@1# RESIDENTE.

Albertia Servicios Sociosanitarios	Residente o Representante del residente
Dirección.	

	<b>CONTRATO ESTANCIAS RESIDENCIALES</b>	<b>PC14/R05</b>
		Fecha: 24-09-21 Versión: 4 Página 3 de 11

El residente, así como su representante, se comprometen a cumplir todas las estipulaciones que le sean de aplicación, contenidas en el Reglamento Interno y Normas Generales de Régimen Interno del Centro Nombre Residencia@2# DATOS RESIDENCIA.

**TERCERA:** Que Albertia Servicios Sociosanitarios, es titular de la gestión del Centro Albertia Figueruelas se compromete a ofrecer al residente un alojamiento, pensión completa (desayuno, comida, merienda y cena), atención sanitaria y social, la utilización de las dependencias del centro por el residente.

El Centro se compromete a cumplir y hacer cumplir al personal a su servicio las estipulaciones contenidas en el Reglamento Interno y Normas Generales de Régimen Interno, prestando atención a todas aquellas que puedan hacer más confortable y agradable la estancia del residente en el Centro.

**CUARTA:** El residente, así como su representante legal se comprometen solidariamente a cumplir todas las estipulaciones del presente contrato y las contenidas en el Reglamento de Régimen Interno del Centro.

D/Dª Nombre@1# FAMILIAR@1# RESIDENTE con D.N.I. Nº de Identificación@1# FAMILIAR@1# RESIDENTE actúa como fiador solidario del residente, a todos los efectos, y muy especialmente en cuanto a la responsabilidad en el pago del precio y demás gastos complementarios, con renuncia expresa a los beneficios de excusión y división, por lo que el Representante se constituye en garante, fiador y responsable solidario del cumplimiento por parte del Residente de todas las obligaciones económicas que emanan de este contrato, de la normativa estatal y autonómica, así como en las notificaciones o comunicaciones del Centro sobre el estado del residente y la toma de medidas, tales como sujeciones, derivación a especialistas, o de funcionamiento que le son conocidas, y concretamente AUTORIZA a la Dirección del Centro, en el supuesto de no ser localizado, a proceder al traslado al Centro Médico Público o Privado, según cobertura médica del residente, que se estime más oportuno debiendo también asumir el pago de las cuotas mensuales y demás servicios complementarios o prestaciones incluidos los del Centro Médico Público o Privado que se menciona en este apartado.

**QUINTA:** El precio de la estancia del residente en el Centro determinado en la CLÁUSULA PRIMERA se hará efectivo, así como los gastos que se generen con el uso, mediante domiciliación bancaria obligatoriamente y por anticipado en los CINCO (5) primeros días de cada mes, contra el libramiento de su correspondiente factura-recibo. El número de cuenta donde se hará el cargo es el siguiente: Entidad@1# REPARTO RECIBOS@1# RESIDENTE - Oficina@1# REPARTO RECIBOS@1# RESIDENTE - DC@1# REPARTO RECIBOS@1# RESIDENTE - Cuenta@1# REPARTO RECIBOS@1# RESIDENTE.

La tarifa inicial de este contrato estará en vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del presente año y se actualizará el 1 de enero de cada año en base al Índice de Precios de Consumo (IPC) siempre y cuando la variación sea positiva, de los 12 meses inmediatamente anteriores publicado por

Albertia Servicios Sociosanitarios	Residente o Representante del residente
Dirección.	

	<b>CONTRATO ESTANCIAS RESIDENCIALES</b>	<b>PC14/R05</b>
		Fecha: 24-09-21 Versión: 4 Página 4 de 11

el Instituto Nacional de Estadística, o ente análogo que en un futuro lo sustituya. No obstante a lo anterior, aquellos años en que el convenio colectivo laboral de aplicación experimente una subida salarial superior al IPC antes mencionado, será de aplicación en la actualización de la tarifa el porcentaje de aumento del coste salarial, sin tener en cuenta el IPC.

Así mismo, los cambios en la valoración geriátrica integral, modificaciones en el programa integral de asistencia individual, o un aumento de grado de dependencia podrán dar lugar a la actualización de tarifa.

Se encuentran excluidas del precio de estancia las siguientes prestaciones: la adquisición de fármacos y productos no financiados por el sistema de la Seguridad Social, traslados a centros hospitalarios y consultas externas, consumiciones en el servicio de cafetería; todo el material que precise el residente para su uso personal (a título ilustrativo no limitativo): sillas de ruedas, andadores, útiles de aseo personal, etc.; Peluquería; Podología; televisión individual; los costes de excursiones programadas por el Centro a las que el Residente podrá acogerse de forma voluntaria; otras prestadas por profesionales externos; teléfono y análogo.

**SEXTA** Se autoriza a los médicos y al personal sanitario que desarrollan su actividad en el Centro para que efectúen las exploraciones, seguimiento, tratamiento farmacológico y demás actos médicos de medicina general adecuados a la atención de su salud, todo ello en colaboración con los facultativos de la Seguridad Social o seguros privados que le correspondan, pudiendo ordenar traslados a centros sanitarios cuando ello fuera preciso a juicio de los facultativos.

La autorización también se refiere al personal de fisioterapia y terapia ocupacional, sanitario residencial, para que ejerciten la actividad profesional propia de su competencia.

**SÉPTIMA:** Con el objeto de garantizar el buen funcionamiento del Centro, así como preservar los derechos de los Residentes/Usuarios, se establecen los horarios para las actividades que se detallan: visitas, comidas, salidas, entrevistas con dirección o trabajador social del centro...etc. Dichos horarios serán establecidos por la Dirección del Centro informando a Residentes/Usuarios y familiares.

**OCTAVA:** En el caso de que el residente del recurso de residencia se ausentase temporalmente voluntariamente del Centro, se le cobrará el precio del 90% de la plaza residencial, siempre y cuando su ausencia no sea superior a SESENTA (60) días anuales, plazo máximo de reserva de plaza. Las ausencias forzosas transitorias por internamiento en un centro sanitario o convalecencia, comportan la reserva de plaza sin límite de tiempo abonando el 90% del precio de la plaza residencial

En ningún caso el Centro realizará devolución de la cuota mensual.

Los días de salida no se contabilizan a efectos de ausencia. En ausencia del residente, no se permitirá el acceso de familiares a las habitaciones/apartamentos, salvo por autorización expresa por escrito del mismo y acompañado de personal del Centro.

Albertia Servicios Sociosanitarios	Residente o Representante del residente
Dirección.	

	<b>CONTRATO ESTANCIAS RESIDENCIALES</b>	<b>PC14/R05</b>
		Fecha: 24-09-21 Versión: 4 Página 5 de 11

**NOVENA:** El residente deberá anunciar su baja voluntaria con un preaviso de QUINCE (15) días. En caso contrario al hacer la liquidación, se podrá cobrar hasta un máximo de QUINCE (15) días como compensación.

**DÉCIMA:** Existe un Reglamento Interno y Normas Generales de Régimen Interno del Centro, cuyas reglas se compromete a acatar el citado residente. También se compromete a observar buen comportamiento y decoro consigo mismo y con el resto de los residentes y personal.

Expresamente acepta las normas y condiciones que estén vigentes en cada momento y que declara conocer al hacerle entrega de ellas en este acto, aceptando así mismo cualquier modificación de las mismas y se le darán a conocer en el momento oportuno, si fuera necesario.

**UNDÉCIMA:** El Centro no se hará responsable de los daños y perjuicios por accidente o percance, sufridos por los residentes fuera del Centro, ni de aquellos daños que pudiera ocasionar a terceros.

**DÉCIMOSEGUNDA:** El Centro Albertia Figueruelas no es una Institución para la atención de conductas psiquiátricas agresivas hacia los demás o consigo mismo, en este supuesto el residente abandonará el Centro a la mayor brevedad posible, haciéndose cargo sus familiares.

**DÉCIMOTERCERA:** El residente no podrá ceder, o subrogar a terceras personas en el uso del habitación, ni en la titularidad de este contrato.

**DÉCIMOCUARTA:** Cualquiera que sea la causa de resolución, el Centro recuperará de inmediato la plena posesión y la libre disponibilidad de la habitación a cuyo efecto éste deberá quedar vacío, libre de ocupantes y enseres personales en el plazo de una semana.

En caso de fallecimiento del residente, los familiares designados durante el ingreso deberán retirar del Centro toda la ropa, objetos personales y bienes de cualquier tipo en el plazo de una semana entendiéndose que en caso contrario, el Centro podría hacer el uso que estime pertinente de dichos enseres.

**DÉCIMOQUINTA:** El Centro sólo se hará responsable de aquellos bienes que contra recibo hayan sido previamente depositados en la caja fuerte existente en el Centro. Este se responsabilizará de la entrega contra recibo, con inventario de su contenido. Para poder retirar los objetos antes mencionados será necesaria la presentación del resguardo de depósito.

El Centro podrá rechazar objetos muy voluminosos o especialmente valiosos.

**DÉCIMOSEXTA:** Albertia Servicios Sociosanitarios, manifiesta que tiene concertada una Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil con la entidad Aseguradora Axa.

Albertia Servicios Sociosanitarios	Residente o Representante del residente
Dirección.	

	<b>CONTRATO ESTANCIAS RESIDENCIALES</b>	<b>PC14/R05</b>
		Fecha: 24-09-21 Versión: 4 Página 6 de 11

**DECIMOSÉPTIMA:** Las causas por las que puede extinguirse este contrato son las siguientes:

- a) No respetar las normas de convivencia del Centro.
- b) Entorpecer la buena marcha del Centro.
- c) Embriaguez habitual o drogadicción.
- d) Desidia y abandono de su higiene personal, negándose a recibir la asistencia del personal del Centro.
- e) Negarse o impedir que se realice la limpieza de su habitación/apartamento.
- f) El intento o acoso sexual o de otra índole a cualquier otro residente o personal del Centro o terceros.
- g) El fallecimiento de los residentes.
- h) El falseamiento de los datos aportados.
- i) La falta de pago de la mensualidad y de los servicios contratados, dentro del plazo del mes natural en curso.
- j) La ocultación de enfermedad contagiosa.
- k) El hurto, robo o rotura intencionada de efectos personales de otros residentes o del Centro o terceros.
- l) El carácter violento o conflictivo que provoque incidentes con otros residentes, sus familiares o el personal del Centro.
- m) El incumplimiento del Contrato o del Reglamento Interno.
- n) Cesión del uso de la habitación/apartamento a persona distinta de los residentes.
- o) Enfermedad psiquiátrica.

El régimen sancionador que genera la extinción del contrato se regula en el Reglamento Interno.

**DECIMOCTAVA:** En cumplimiento de lo establecido en la normativa vigente de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales facilitados en este contrato, así como los informes aportados por usted, sus familiares y/o personas de contacto, al centro y aquellos que puedan derivarse de la prestación de servicios realizados en esta Entidad, serán por Albertia Servicios Sociosanitarios, S.A., como responsable del tratamiento, con la finalidad de gestionar la adecuada prestación del servicio como usuario y/o residente del centro, tramitación de subvenciones y ayudas ante la Administración Pública competente, gestión asistencial, gestión de historial clínico, y demás gestión administrativa objeto de la prestación, así como el envío de comunicaciones informativas y promocionales de servicios, eventos y actos, realizadas tanto por medios electrónicos como postales. La base jurídica que legitima el tratamiento de sus datos es la ejecución del presente contrato, así como su consentimiento para determinadas finalidades de las que ha sido debidamente informado.

Le informamos expresamente que sus datos podrán ser comunicados o cedidos a las Administraciones Públicas con competencia en la materia para el cumplimiento de las obligaciones legalmente establecidas o en virtud del contrato de prestación de servicios firmado con el Organismo Público

Albertia Servicios Sociosanitarios	Residente o Representante del residente
Dirección.	

	<b>CONTRATO ESTANCIAS RESIDENCIALES</b>	<b>PC14/R05</b>
		Fecha: 24-09-21 Versión: 4 Página 7 de 11

correspondiente. Sus datos serán conservados durante la prestación del servicio, y una vez de baja, durante los plazos legales necesarios para atender a las posibles responsabilidades derivadas del tratamiento.

De igual forma, queda informado que para este supuesto, la Residencia podrá formalizar un contrato de prestación de servicios farmacéuticos con la Farmacia que corresponda, para la correcta gestión del servicio, preparación del sistema personalizado de dosificación (SPD) y tratamientos necesarios, registrando los datos médicos y farmacológicos (Centro de Salud, Hospital, etc.), no considerándose en tal caso, una comunicación de datos, sino un contrato de acceso a datos en base al artículo 28 del Reglamento General Europeo de Protección de Datos.

Toda la documentación relativa a los procesos asistenciales queda incorporada en el historial clínico que el Centro está obligado a mantener con respecto a cada usuario al amparo de la vigente normativa de aplicación en materia sanitaria y de protección de datos de carácter personal.

Ud consiente de forma expresa el tratamiento de sus datos personales, incluidos aquellos que hacen referencia a su salud, para las finalidades previamente detalladas. La negativa conllevará la imposibilidad de su admisión como usuario de Albertia Figueruelas.

En el supuesto de facilitar información relativa a terceras personas (por ejemplo, familiares) el abajo firmante garantiza haber informado y obtenido el consentimiento necesario del titular para el tratamiento de sus datos por parte de Albertia Figueruelas.

Adicionalmente, le solicitamos su autorización expresa para captar, publicar, producir, exponer, distribuir y duplicar reproducciones fotográficas, grabaciones en video o en audio y todo material audiovisual, en las que participe o aparezca la imagen del firmante, en la página web de nuestra Entidad, dentro de los perfiles de Redes Sociales –Facebook, Twitter-, canales de YOUTUBE, Revistas, Folletos y otros usos necesarios para dar a conocer los servicios ofrecidos en nuestra Entidad. Asimismo, conozco y consiento que las redes sociales antes mencionadas, incorporan una política de privacidad, en la que se informa de la posible transferencia internacional de datos, por lo que recomendamos su lectura.

Mi autorización no tiene ninguna contraprestación económica.

Si usted autoriza por favor marque la casilla .

Por otro lado, solicitamos su consentimiento para informarle y en su caso, inscribirle en las salidas que el Centro organice a través del departamento de animación sociocultural durante toda su estancia en la Residencia. (El Centro avisará telefónicamente a los familiares antes de la realización de dichas salidas)

Si usted autoriza por favor marque la casilla .

Albertia Servicios Sociosanitarios	Residente o Representante del residente
Dirección.	

	<b>CONTRATO ESTANCIAS RESIDENCIALES</b>	<b>PC14/R05</b>
		Fecha: 24-09-21 Versión: 4 Página 8 de 11

Le informamos que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, o portabilidad, en su caso, con su nombre, apellido, dirección y copia de su DNI ante Albertia Servicios Sociosanitarios S.A. remitiendo su solicitud por escrito a la siguiente dirección: Calle Valle de la Alcudia 1, Planta 3 · 28232 (Las Rozas) Madrid. Si considera que sus derechos no han sido debidamente atendidos, puede contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos en el correo [dpo@albertia.es](mailto:dpo@albertia.es) , o interponer una reclamación frente a la Agencia Española de Protección de Datos en el siguiente enlace: <https://www.aepd.es/>

**DECIMONOVENA:** Asimismo, sus datos podrán ser cedidos a las entidades y para las finalidades que se indican a continuación, siempre y cuando preste su consentimiento al efecto **marcando con una X** las casillas correspondientes a los servicios que resulten de su interés:

A su **cobertura de salud**, con la finalidad de sufragar total o parcialmente el importe de los servicios prestados. En caso de que no autorice esta cesión, el pago de dichos servicios será íntegramente de cargo de la persona usuaria y en su caso, del/de la guardador/a o representante legal.

A sus **familiares/personas referentes**, con la finalidad de ofrecerles información social y sanitaria sobre su persona.

En el caso de que desee limitar los posibles destinatarios de la información social y sanitaria sobre su persona, indique a continuación la identidad de los familiares/personas referentes a quienes NO autoriza a recibir la información (**solo podrá ser indicado por la persona residente/usuario sin tutela legal que firma el contrato o, en caso de tutela legal, por el representante reconocido**):

.....  
 .....

A los profesionales que prestan servicios de **acompañamiento hospitalario**, urgencias y servicios de ayuda a domicilio que colaboran con el Centro, con la finalidad de que puedan ofrecerle sus cuidados.

A los prestadores de **servicios funerarios** que colaboran con el Centro, con la finalidad de que puedan asistir a sus familiares con la gestión funeraria en caso de fallecimiento.

A los distribuidores de **productos y materiales de ortopedia** que colaboran con el Centro, con la finalidad de que puedan ofrecerle sus productos.

A los servicios complementarios de **podología y peluquería** que prestan sus servicios en el Centro, con la finalidad de que puedan realizar actividades de diagnóstico, tratamientos y cuidados básicos.

A los **profesionales de odontología** que prestan sus servicios en el Centro, con la finalidad de que puedan realizar actividades de diagnóstico y tratamientos odontológicos básicos.

<b>Albertia Servicios Sociosanitarios</b>	<b>Residente o Representante del residente</b>
Dirección.	

	<b>CONTRATO ESTANCIAS RESIDENCIALES</b>	<b>PC14/R05</b>
		Fecha: 24-09-21 Versión: 4 Página 9 de 11

A los **profesionales de audiología** que prestan sus servicios en el Centro, con la finalidad de que puedan llevar a cabo, entre otras, actividades de estudio y seguimiento de audioprótesis, entre los que figura una primera revisión de carácter gratuito.

**VIGÉSIMA:** A todos los efectos, el residente acepta como domicilio personal la c/Hacienda de Pavones, 261 - 28030 Madrid, salvo para aquellos casos en que sea necesario la información a familiares en cuyo caso el domicilio de notificación será Domicilio@1# DIRECCIÓN@1# FAMILIAR@1# RESIDENTE, Código Postal@1# DIRECCIÓN@1# FAMILIAR@1# RESIDENTE - Población@1# DIRECCIÓN@1# FAMILIAR@1# RESIDENTE - Provincia@1# DIRECCIÓN@1# FAMILIAR@1# RESIDENTE.

**VIGÉSIMOPRIMERA:** Conocen el derecho que les asiste a la **libre elección de Oficina de Farmacia**, siendo que autorizan expresamente y encomiendan al Centro, a través de su personal sanitario, la tramitación de las recetas en la Oficina de Farmacia que el Centro designe a su libre elección y bajo su total responsabilidad, delegando en el centro la adquisición y custodia de los medicamentos.

Autorizo a la Dirección de la Residencia y a la persona que él designe a solicitar y retirar del centro sanitario que corresponda (Centro de Salud, Hospital, etc.) en mi nombre las recetas y la documentación clínica que precise para su asistencia sanitaria. Del mismo modo autorizo al Trabajador/a Social a solicitar los cambios de médico y enfermería que considera oportunos para una mejor atención del residente.

Con motivo de facilitarle el abono de las cantidades relativas al copago farmacéutico, les rogamos nos faciliten sus datos bancarios para proceder a la domiciliación de los recibos, y nos firmen la autorización para realizar dicha domiciliación, por tanto sus datos bancarios serán comunicados a la Entidad correspondiente.

Si usted autoriza por favor marque la casilla .

**VIGÉSIMOSEGUNDA:** Para cualquier divergencia o litigio que pudiera surgir sobre la interpretación o aplicación de lo estipulado en el presente contrato, las partes contratantes, con renuncia a su fuero propio, se someten expresamente al Juez competente de Madrid capital.

En prueba de conformidad y recepción del presente contrato las partes contratantes firman por duplicado ejemplar y a un solo efecto, en la localidad y fecha indicadas.

En Centro - Población@1# DATOS RESIDENCIA a Fecha Último Ingreso@1# RESIDENTE

Albertia Servicios Sociosanitarios	Residente o Representante del residente
Dirección.	

	<b>CONTRATO ESTANCIAS RESIDENCIALES</b>	<b>PC14/R05</b>
		Fecha: 24-09-21 Versión: 4 Página 10 de 11

<b>Albertia Servicios Sociosanitarios</b>	<b>Residente o Representante del residente</b>
<b>Dirección.</b>	

A cumplimentar por el acreedor  
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación:

Mandate reference

Identificador del acreedor : \_\_\_\_\_

Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name

Dirección / Address

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

País / Country

**ESPAÑA**

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.  
*By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.*

A cumplimentar por el deudor  
To be completed by the debtor

Nombre del deudor / Debtor's name:

(titular/es de la cuenta de cargo)

**Nombre@1# RESIDENTE**

Dirección del deudor / Address of the debtor

**Domicilio@1# DIRECCIÓN@1# RESIDENTE**

**Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town**

**Población@1# DIRECCIÓN@1# RESIDENTE Código Postal@1# DIRECCIÓN@1# RESIDENTE**

País del deudor / Country of the debtor

**ESPAÑA**

**Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters)**

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN:

**Entidad@1# REPARTO RECIBOS@1# RESIDENTE - Oficina@1# REPARTO RECIBOS@1# RESIDENTE - DC@1# REPARTO RECIBOS@1# RESIDENTE - Cuenta@1# REPARTO RECIBOS@1# RESIDENTE**

*En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES Spanish IBAN of 24 positions always starting ES*

Tipo de pago:

Type of payment

**Pago recurrente X**

Recurrent payment

**o**

or

**Pago único**

One-off payment

Fecha- Localidad: **Fecha Último Ingreso@1# RESIDENTE Centro - Población@1# DATOS RESIDENCIA**

Date - location in which you are signing

Firma del deudor:

Signature of the debtor