

Cádiz, a _____ de _____ de 2026

D/D^a _____, mayor de edad, con NIF _____, con domicilio en _____ alumno/a de curso _____ del Grado en Enfermería en el Centro Universitario de Enfermería "Salus Infirmorum" de Cádiz por medio de la presente, y en relación con el pago de la matrícula y mensualidades de los referidos estudios, reconoce que la *ASOCIACIÓN SALUS INFIRMORUM* le ha informado que el impago de cualquiera de las cuotas mensuales generará a favor de la *ASOCIACIÓN SALUS INFIRMORUM* el derecho al percibo de los intereses legales si se generasen, y que el impago de más de tres cuotas, consecutivas o alternas, tendrá como consecuencia inmediata la reclamación por vía judicial del importe adecuado, intereses y costas, dando su expresa conformidad con las condiciones de pago expuestas.

D/D^a _____

NIF _____

FDO. Y CONFORME

FDO: ASOCIACIÓN SALUS INFIRMORUM

CIF: G-72029739

