

MANTENIMIENTO DE TERCEROS

Adjuntar fotocopia CIF – NIF –NIE-PASAPORTE

ANEXO VI

<u>ALTA</u>	
<u>MODIFICACIÓN</u>	

DATOS DE LA PERSONA TITULAR DEL EXPEDIENTE				
NOMBRE RAZÓN SOCIAL 6 APELLIDOS Y NOMBRE			C.I.F / N.I.F/N.I.E./PASAPORTE.	
DOMICILIO (CALLE, PLAZA Y NÚMERO)		TELÉFONO	FAX:	
			E-MAIL:	
LOCALIDAD		PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	
DATOS BANCARIOS				
BANCO/CAJA				
DOMICILIO SUCURSAL				
CODIGO ENTIDAD	CODIGO OFICINA	D.C.	NUMERO DE CUENTA	
<p>DILIGENCIA: El abajo firmante se responsabiliza de los datos detallados anteriormente, tanto generales como bancarios, que identifican la cuenta y la ENTIDAD FINANCIERA a través de las cuales se desean recibir los pagos que puedan corresponde, quedando el Instituto Municipal de Servicios Sociales exonerado de cualquier responsabilidad derivada de errores u omisiones de los mismos.</p> <p style="text-align: right;">Elda ____ de ____ de ____</p>				
<p>A) Personas Físicas</p> <p>Firmado: _____</p> <p>D.N.I.: _____</p>		<p>B) Personas Jurídica (a cumplimentar por persona responsable de la empresa o asociación ostentando el poder suficiente para ello).</p> <p>Firmado: _____</p> <p>D.N.I.: _____</p> <p>Cargo: _____</p>		
CERTIFICADO DE CONFORMIDAD DE LA ENTIDAD FINANCIERA				
<p>_____, ____ de ____ de ____</p> <p>Firma : _____</p> <p>Cargo : _____</p>				
CERTIFICACION				
<p>Comprobada la personalidad, capacidad y, en su caso, representación con la que actúa el compareciente o comparecientes, así como que la misma ha sido declarada suficiente para otorgar el presente documento de domiciliación de pagos.</p> <p style="text-align: center;">Elda, ____ de ____ de ____</p> <p style="text-align: center;">El responsable administrativo</p> <p style="text-align: center;">Firmado.: _____</p>				
<p>De conformidad con el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, los datos inscritos en el presente documento se hallan bajo los procedimientos y protocolos establecidos para el tratamiento de los datos, en un Fichero de naturaleza mixta denominado PROVEEDORES, según establece la Política de Privacidad del IMSSE, siendo aceptando expresamente por el firmante, así como las posibles cesiones a otras áreas de la Administración con el fin de llevar a cabo cuantas gestiones administrativas fueran necesarias. En todo momento podrán ejercerse los derechos A.R.C.O. dirigiéndose por escrito a IMSSE, en C/ Velázquez nº 8, C.P. 03600 de Elda (Alicante), o a la siguiente dirección de correo electrónico: imss@elda.es, indicando en el asunto REF: Protección de Datos.</p>				