



AYUNTAMIENTO DE EL SAUZAL

ALTA DE TERCEROS

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos / Razón Social		CIF / NIF	
Dirección			
Código Postal	Municipio	Provincia	
Teléfono	Móvil	Fax	Correo electrónico

2. DATOS DEL REPRESENTANTE (si procede)

Nombre y Apellidos / Razón Social		CIF / NIF	
Dirección			
Código Postal	Municipio	Provincia	
Teléfono	Móvil	Fax	Correo electrónico

3. DATOS DE NOTIFICACIÓN

Persona a Notificar	Medio Preferente de Notificación
<input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Representante	<input type="checkbox"/> Notificación en Papel <input type="checkbox"/> Notificación Telemática

5. DOCUMENTACIÓN A RELLENAR POR LA ENTIDAD FINANCIERA

Nombre de la entidad:													
Entidad	Sucursal	D.C.	Número de cuenta										
Dirección de la entidad:													
CERTIFICO que la cuenta señalada pertenece al titular que figura en el presente documento, D./D ^a : _____.													
Fecha, sello y firma de la Entidad Financiera:													

Ayuntamiento de El Sauzal

C/ La Constitución, 3. 38360 Tenerife. Tfno. 922 570 000. Fax: 922 570 973

www.elsauzal.es



AYUNTAMIENTO DE EL SAUZAL

4. AUTORIZACIÓN

Autorizo al tesorero, para que las cantidades que deba percibir con cargo a los fondos de la Tesorería del Ilustre Ayuntamiento de La Villa de El Sauzal, sean ingresadas en la cuenta reseñada.

6. SOLICITA

- Alta de terceros.
- Baja de terceros.
- Modificación de datos personales de terceros.
- Modificación de datos bancarios de terceros.

7. AVISO LEGAL

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de lo siguiente:

- Los datos de carácter personal que se obtengan de su solicitud serán incorporados y tratados de forma confidencial en un fichero propiedad de este Ayuntamiento.
- Los datos obtenidos en esta instancia podrán ser utilizados, salvaguardando su identidad, para la realización de estadísticas internas.
- Ud. tendrá la posibilidad de acceder en cualquier momento a los datos facilitados, así como de solicitar, en su caso, su rectificación, oposición o cancelación, dirigiendo una comunicación escrita, junto con la documentación acreditativa de su identidad, a este Ayuntamiento.

En la Villa de El Sauzal, a ____ de _____ de 20 ____.

El solicitante,

Fdo.: _____

Sr. Alcalde-Presidente del Ilustre Ayuntamiento de La Villa de El Sauzal

Ayuntamiento de El Sauzal

C/ La Constitución, 3. 38360 Tenerife. Tfno. 922 570 000. Fax: 922 570 973

www.elsauzal.es