



AYUNTAMIENTO DE COX

AUTORIZACIÓN DE PAGO MEDIANTE TRANSFERENCIA
ÁREA TESORERÍA

DATOS DEL ACREEDOR

Apellidos y nombre o razón social:		NIF:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Domicilio:		Código postal:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Localidad:		Provincia:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Teléfono:	Fax:	Email:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS BANCARIOS

Entidad Financiera:	
<input type="text"/>	
Domicilio:	
<input type="text"/>	
IBAN:	BIC:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titular de la cuenta:	N.I.F:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

AUTORIZO al Sr. Tesorero del Ayuntamiento de Cox para que el pago de cualquier obligación reconocida por esa Corporación Local a favor de mi persona o entidad que represento se realice mediante la modalidad de transferencia bancaria con abono en la cuenta y entidad financiera indicadas anteriormente, quedando el AYUNTAMIENTO DE COX exonerado de cualquier responsabilidad derivada de errores u omisiones en los datos aportados.

Fecha: _____

Firma (y sello en caso de persona jurídica)

A CUMPLIMENTAR POR LA ENTIDAD BANCARIA

CERTIFICO la existencia de la cuenta referenciada en DATOS BANCARIOS abierta a nombre del titular que se refleja en los mismos

Sello de la Entidad

El apoderado,

Firmado: _____