

A. OBJETO DE LA SOLICITUD (Marque la casilla que corresponda)

ALTA BAJA MODIFICACIÓN DE DATOS

B. DATOS PARA EL REGISTRO.

N.I.F: _____ NOMBRE Y APELLIDOS: _____

C.I.F: _____ RAZÓN SOCIAL: _____

ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____

DOMICILIO FISCAL _____

PAÍS _____

CÓDIGO POSTAL _____

MUNICIPIO _____

PROVINCIA _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

TELÉFONO _____

FAX _____

DILIGENCIA: El abajo firmante se responsabiliza de los datos detallados, tanto generales como bancarios, que identifican la cuenta y la ENTIDAD FINANCIERA a través de los cuales se desean recibir los pagos que puedan corresponder, quedando el Consorcio MásMedio exonerado de cualquier responsabilidad derivada de errores u omisiones en los mismos.

PERSONAS FÍSICAS

D/Dña. _____

En _____ a _____ de _____ del 20 ____

PERSONAS JURÍDICAS: a cumplimentar por persona responsable de la empresa o asociación ostentando el poder suficiente para ello.

D/Dña. _____

En _____ a _____ de _____ del 20 ____

D. DATOS BANCARIOS (A cumplimentar por la entidad financiera).

CÓDIGO IBAN

CÓDIGO BIC/ SWIFT

Nombre de la Entidad: _____

Domicilio de la Entidad: _____

Población: _____ C.P: _____ Provincia: _____

Certificamos que la cuenta anteriormente señalada, figura abierta en esta Entidad al nombre y N.I.F o C.I.F. siguientes (EL TITULAR DE LA CUENTA DEBE SER EL MISMO QUE EL AUTORIZANTE)

Apellidos y nombre o Razón social: _____ N.I.F. o C.I.F.: _____

SELLO FIRMA DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Fdo: