



MODELO DATOS DE TERCEROS

TESORERIA

Alta	<input type="checkbox"/>
Modificación	<input type="checkbox"/>

DATOS IDENTIFICATIVOS (del tercero):		Nº CONTROL:	
N.I.F. o C.I.F.:			
Apellidos y nombre o Razón Social			
Domicilio			
Código Postal	Población		
País			
Teléfono - 1	Teléfono - 2	Fax	
Correo electrónico			

AUTORIZA para que, a partir del recibo del presente y en tanto no sea modificado o cancelado, las cantidades que se deban percibir con cargo a los fondos de la Tesorería de esa Corporación, sean ingresadas en el banco y cuenta cuyos datos se indican. Así mismo, **MANIFIESTO** haber recibido y/o leído la **Cláusula** referente a la **Protección de Datos de Carácter Personal**.

En _____ a _____ de _____ de _____

(Firma del tercero o su representante)

Fdo.: _____

Nombre y Apellidos del Representante: _____

Cargo o representación: _____

N.I.F./N.I.E.: _____

CONSENTIMIENTOS:

Conforme al artículo 28 de la Ley 39/2015, de Procedimiento Administrativo:

- Se entiende otorgado el consentimiento para la consulta de los datos identificativos y de representación de éste formulario.
 NO doy mi consentimiento para que se consulten.

DATOS BANCARIOS (REQUISITO IMPRESCINDIBLE (1) CUMPLIMENTAR CERTIFICACION BANCARIA)

CODIGO IBAN:

CODIGO BIC:

Nombre Entidad _____ Suc.: _____

Domicilio Entidad _____ C.Postal.: _____

Población _____ Provincia/País _____

(1) Certificamos que la cuenta reseñada consta en nuestros archivos como TITULAR , los datos siguientes:

Nombre o razón social _____

N.I.F. / C.I.F.: _____

POR LA ENTIDAD DE CREDITO

(SELLO Y FECHA ENTIDAD DE CREDITO)

Fdo.: _____

LA FALTA DE VERACIDAD EN CUALQUIERA DE LOS DATOS AQUÍ SUMINISTRADOS IMPLICARÁ SU INVALIDEZ INMEDIATA, SIENDO RESPONSABLE DE ELLO LA PERSONA AUTORIZANTE

LAS CLAUSULAS DE PROTECCIÓN DE DATOS Y NORMAS DE CUMPLIMENTACIÓN, SE FACILITAN AL DORSO O EN DOCUMENTO ADJUNTO

CLAUSULA PROTECCIÓN DE DATOS

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal se informa que, los datos solicitados y/o recogidos, serán incorporados a un fichero titularidad del Excmo. Cabildo Insular de La Palma cuya finalidad es la gestión de datos de los proveedores o para envíos informativos relacionados con esta autorización.

Asimismo, se informa que podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición respecto de los mismos, dirigiendo la pertinente solicitud escrita acompañada de copia de documento acreditativo de su identidad (DNI/NIF o Pasaporte), a la Oficina de Atención al Ciudadano del Excmo. Cabildo Insular de La Palma, en Avenida Marítima nº 3, de Santa Cruz de La Palma.

Transcurridos treinta días desde la recepción de esta comunicación sin que usted manifieste nada en contrario, el Cabildo Insular de la Palma entenderá que consiente al tratamiento de los datos en los términos previstos.

NORMAS PARA LA CORRECTA CUMPLIMENTACIÓN DEL MODELO

1.	RELLENAR A MÁQUINA O EN MAYÚSCULAS DE FORMA CLARA Y LEGIBLE.		
2.	FIRMAS:	PERSONAS FÍSICAS:	PROPIO INTERESADO
		PERSONAS JURÍDICAS:	REPRESENTANTE/S LEGAL/ES
3.	DOCUMENTACIÓN A ACOMPAÑAR:	DE PERSONAS FÍSICAS:	FOTOCOPIA DEL N.I.F. o JUSTIFICANTE DEL N.I.E. o PASAPORTE (NO ESPAÑOLES)
		DE PERSONAS JURÍDICAS:	DOCUMENTO FEHACIENTE ACREDITATIVO DE LA EXISTENCIA DE LA REPRESENTACIÓN, BASTANTEADO POR EL SERVICIO DE ASESORÍA Y DEFENSA JURIDICA DEL CABILDO INSULAR DE LA PALMA, ASÍ COMO COPIA DEL C.I.F. DE LA PERSONA JURÍDICA PARA LA CUAL SE EFECTUA LA DECLARACIÓN, Y COPIA DEL N.I.F./N.I.E. DEL REPRESENTANTE.
4.	CERTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD BANCARIA	REFERIDA AL TITULAR DE LA CUENTA	
5.	LUGARES DE PRESENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - PRESENCIAL EN OFICINAS DE ATENCION CIUDADANA: LOS LLANOS DE ARIDANE Y SANTA CRUZ DE LA PALMA. - VIA TELEMATICA EN EL REGISTRO ELECTRONICO UNICO DEL EXCMO. CABILDO INSULAR DE LA PALMA. - EN TODOS AQUELLOS, ADEMÁS DEL ANTERIOR, CITADOS EN EL ARTº 16.4 DE LA LEY 39/2015, DE 1 DE OCTUBRE, DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO COMÚN DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. 	