



AYUNTAMIENTO DE LOS ALCÁZARES
TESORERÍA MUNICIPAL
Avda. de la Libertad, 40
30710 Los Alcázares - Murcia -
Correo electrónico: tesoreria@losalczares.es
Telf: 968 57 50 47, Ext. 1400
www.losalczares.es

CÓDIGO DE INTERESADO: _____

COMUNICACIÓN DE DATOS BANCARIOS PARA PAGO POR TRANSFERENCIA

1 SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		DNI/CIF	ACTÚA: <input type="checkbox"/> COMO INTERESADO <input type="checkbox"/> EN REPRESENTACIÓN DEL NIF/CIF SEGÚN
DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVENIDA Y NÚMERO			
LOCALIDAD	C. POSTAL	AUTORIZACIÓN ADJUNTA PROVINCIA	
TELÉFONOS(Preferiblemente móvil)	CORREO ELECTRÓNICO		

2 EXPONE

- 1) Que nos transfieran todas las cantidades adeudadas y las que se reconozcan a nuestro favor en el futuro a la cuenta abajo indicada.
- 2) Que los datos bancarios que se aportan anulan y sustituyen a cualquier otro aportado con anterioridad.

INFORMACIÓN:

- * Los espacios sombreados deberán ser rellenados únicamente por el Ayuntamiento.
- * No se aceptarán comunicaciones de datos bancarios con enmiendas y/o tachaduras.
- * Para que este documento surta efecto debe entregarse el original en la Tesorería del ayuntamiento o remitirlo electrónicamente a través del trámite previsto en la sede electrónica del Ayuntamiento de Los Alcázares (<https://losalczares.es/sede-electronica/>).

3 LUGAR, FECHA Y FIRMA

El abajo firmante solicita que se le conceda lo expuesto, declarando, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la misma, comprometiéndose a cumplir las obligaciones y requisitos exigidos por las normas de aplicación y al pago de las tasas, si proceden.

A los efectos de recabar la información necesaria relacionada con el objeto de la presente:

- Autoriza al Ayto. de Los Alcázares a obtenerla de la TGSS y de la AEAT en su nombre.
 No autoriza a Ayto. de Los Alcázares a obtenerla en su nombre, comprometiéndose el solicitante a aportar personalmente los documentos que sean necesarios.

En _____, a _____ de _____ de _____

EL SOLICITANTE
(Firma)

4 A RELLENAR POR LA ENTIDAD FINANCIERA

DATOS BANCARIOS		(A rellenar por la Entidad Financiera)	
Entidad Financiera (Banco o caja)	_____	Sucursal	_____
IBAN:	_____	BIC:	_____
CERTIFICAMOS que la cuenta bancaria señalada, figura abierta en esta Entidad a nombre del interesado arriba mencionado:			
En	_____	a	_____ de _____ de _____
Firma y sello de la Entidad Financiera			
Fdo:	_____		

SR. ALCALDE DEL AYUNTAMIENTO DE LOS ALCÁZARES

De acuerdo con los derechos que le confiere el Reglamento (UE) 2016/679 [RGPD], le comunicamos que los datos facilitados por Vd. de forma libre y voluntaria en el presente documento pasarán a ser tratados por el Ayto. de Los Alcázares con las finalidades de atender su tramitación, solicitudes de información, realizar el pago de tributos, control documental de registro, gestión de consultas o sugerencias, inscripción a eventos y/o acciones o iniciativas que pudieran ser de su interés. Igualmente le informamos que los plazos de cancelación serán los correspondientes a la Administración Pública.
Así mismo, podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna, pudiendo ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal, así como a la retirada del consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, dirigiendo su petición al Ayto. de Los Alcázares, Avda. de La Libertad 40, CP 30710 Los Alcázares, o bien a la dirección de correo electrónico de contacto con la entidad: tesoreria@losalczares.es