**SOLICITUD DE ABONO POR TRANSFERENCIA**

|  |
| --- |
| SOLICITANTE |
|  Apellidos y nombre (o Razón Social)      | N.I.F./C.I.F.      |
| Dirección (Nombre de la calle, plaza, avenida...)      | Número, Escalera, Piso, Puerta      | Teléfono      |
| Código Postal      |  Localidad      | Provincia      |

|  |
| --- |
| CUENTA BANCARIA-IBAN |
|  Titular de la cuenta (*Debe coincidir con el nombre y dos apellidos o razón social del solicitante*)      |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |

 |

 |

|  |
| --- |
| CERTIFICACIÓN BANCARIA |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| D. | …………………………………………………………………… | ……………………………………………………….. |
|  | (Nombre y dos apellidos) | (Cargo o empleo) |
| y D. | …………………………………………………………………… | ……………………………………………………….. |
|  | (Nombre y dos apellidos) | (Cargo o empleo) |
| apoderados del Banco  | ………………………………………………………………… | CERTIFICAN : |
| Que existe una cuenta abierta con los datos reseñados en el apartado de “cuenta bancaria-IBAN” precedente y para que conste a efectos de domiciliación de los pagos que deba hacer el Gobierno de Navarra a |
| D. | ………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  | (Nombre o razón social del solicitante) |  |
| expiden la presente certificación en | …………………………………………… | , a | ……………………… |
| (Lugar) | (Fecha) |

*(Esta certificación debe llevar la firma o firmas de los apoderados y el sello de la Entidad bancaria)* |

|  |  |
| --- | --- |
| D. | …………………………………………………………………………………………………………………….. |
|  | (Nombre del solicitante o persona que lo presenta) |
|   |  |  |  |  |  |  |
| …………………………………………………... | , a | ……… | de | …………………………… | de | ……………….…… |

(Firma)

Este impreso debe remitirse a AYUNTAMIENTO VALLE DE EGUES