#### **ANEXO 5: SOLICITUD LICITUD DE TRANSFERENCIA BANCARIA PARA PAGOS DE TESORERÍA**

En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales, os informamos que todos los datos que consignaréis más abajo formarán parte del fichero de terceros del programa SICAL para poder consignar los pagos por transferencia que se os puedan deber. También os informamos de que podéis ejercer vuestro derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de datos siempre que sea necesario, dirigiéndoos a las oficinas de Tesorería, plaza de Santa Eulalia, núm. 8, 1er., de Palma.

|  |
| --- |
| DATOS ACREEDOR/A  |
| ENTIDAD (NOMBRE SEGÚN ESTATUTOS): | NIF: |
| DIRECCIÓN (C. , PL., AV. ..): |
| NÚM. o KM: | BLOQUE: | ESCALA: | PISO: | PUERTA: | CÓDIGO POSTAL: |
| LOCALIDAD: | PROVINCIA: |
| TELÉFONO: | DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: |

|  |
| --- |
| DATOS PARA LA TRANSFERENCIA  |
| ENTIDAD: | SUCURSAL: | LOCALIDAD: | PROVINCIA | IBAN | SWIFT |
| CUENTA DE CLIENTE DE CODI (CCC) | ENTIDAD  | SUCURSAL | DC | NÚM. CUENTA  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OBSERVACIONES: |

|  |
| --- |
| Bajo mi responsabilidad, **DECLARO** que los datos anteriores corresponden a la c/c abierta a mi nombre, al que solicito que se transfiera el importe de los pagos del Ayuntamiento de Palma. |

|  |
| --- |
| DILIGENCIA DE LA ENTIDAD BANCARIA |
| Los datos reseñados coinciden con los que figuran en esta oficinaEl/la director/a(firma y sello)  |

..............., …… de ............................ de 202.....

(firma y sello de la entidad)