



SOLICITUD DE ALTA EN EL REGISTRO DE TERCEROS DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

I. Datos del acreedor

N.I.F./C.I.F.:	<input type="text"/>	Nombre:	<input type="text"/>								
Apellido1:	<input type="text"/>	Apellido2:	<input type="text"/>								
Denominación social:	<input type="text"/>										
Domicilio fiscal:	<input type="text"/>										
Número:	<input type="text"/>	Bloque:	<input type="text"/>	Portal:	<input type="text"/>	Escalera:	<input type="text"/>	Piso:	<input type="text"/>	Puerta:	<input type="text"/>
Municipio:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>	Código Postal:	<input type="text"/>						
Tel.:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>								
Dirección e-mail:	<input type="text"/>										

II. Datos del representante

N.I.F./C.I.F.:	<input type="text"/>	Nombre:	<input type="text"/>
Apellido1:	<input type="text"/>	Apellido2:	<input type="text"/>
Denominación social:	<input type="text"/>		

III. Alta de datos bancarios

IBAN:	Entidad:	Sucursal:	D.C.	Nº de cuenta:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Esta solicitud deberá ir acompañada de fotocopia del NIF/CIF del acreedor, así como certificado de la cuenta emitido por la entidad bancaria.

Este documento debe ser firmado digitalmente

En a de de

ILTMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.