

**PROCEDIMIENTO DE COBRO**

(RELLENAR LOS DATOS DE LA OPCIÓN ELEGIDA)

<b>L</b>	COBRO A TRAVÉS DE ENTIDAD FINANCIERA:								
ENTIDAD FINANCIERA: _____									
DOMICILIO: _____ MUNICIPIO: _____									
CÓDIGO POSTAL: _____ PROVINCIA: _____									
CÓDIGO CUENTA CLIENTE <span style="float: right;">(FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD)</span>									
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">ENTIDAD</td> <td style="width: 10%;">OFICINA</td> <td style="width: 10%;">DC</td> <td style="width: 10%;">NÚM. CUENTA</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚM. CUENTA				
ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚM. CUENTA						

<b>M</b>	COBRO A TRAVÉS DE HABILITADO/A DE CLASES PASIVAS:								
D/D <sup>a</sup> _____									
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL HABILITADO/A)									
(FIRMA Y SELLO DEL HABILITADO/A)									
CLAVE	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>								
(CLAVE DEL HABILITADO/A)									

EL/LA FIRMANTE DE ESTE IMPRESO DECLARA QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LOS APARTADOS G, H, I, J, K, L y M SON CIERTOS, EN EL CONOCIMIENTO DE LAS RESPONSABILIDADES EN QUE PUDIERA INCURRIR POR FALSEDAD DE LOS MISMOS, Y, CONFIRMA Y SUSCRIBE LOS DEMÁS EXTREMOS SEÑALADOS EN EL RESTO DE LOS APARTADOS. ASIMISMO QUEDA ENTERADO DE LA OBLIGACIÓN DE COMUNICAR A LA DIRECCIÓN GENERAL DE COSTES DE PERSONAL Y PENSIONES PÚBLICAS DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA CUALQUIER VARIACIÓN QUE PUDIERA PRODUCIRSE EN LO SUCESIVO.

EN \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 200 \_\_\_\_  
(FIRMA DEL INTERESADO)