

PROCEDIMIENTO DE COBRO

(RELLENAR LOS DATOS DE LA OPCIÓN ELEGIDA)

L	COBRO A TRAVÉS DE ENTIDAD FINANCIERA:		
ENTIDAD FINANCIERA: _____			
DOMICILIO: _____ MUNICIPIO: _____			
CÓDIGO POSTAL: _____ PROVINCIA: _____			
CÓDIGO CUENTA CLIENTE (FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD)			
ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚM. CUENTA

M	COBRO A TRAVÉS DE HABILITADO/A DE CLASES PASIVAS:
D/D ^a _____	
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL HABILITADO/A)	
(FIRMA Y SELLO DEL HABILITADO/A)	
CLAVE	
	(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)