

FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS BANCARIOS PARA REINTEGRO DE GASTOS EN PENSIONISTAS

DATOS PERSONALES DEL USUARIO

Nombre:	Primer Apellido:
Segundo Apellido:	D.N.I./N.I.F.:
C.I.P.:	

DATOS BANCARIOS PARA TRANSFERENCIA (24 dígitos)

País	D.C	Entidad	Oficina	D.C	Número de cuenta

Titular de cuenta bancaria (si es diferente del usuario)
 D.N.I.

MOTIVOS PARA EL ENVÍO DE DATOS BANCARIOS:

- Solicitud de la Administración.
 Error en el número de cuenta corriente donde tiene domiciliada la pensión.
 Justificación de solicitud de cambio por parte del usuario:

.....

Otros:

.....

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA (señalar con X):

- En caso de representación, documentación acreditativa de la misma, así como D.N.I. del representante.
 Fotocopia del DNI o, en su caso, autorización a la Administración de la Comunidad de Castilla y León para obtener directamente y/o por medios telemáticos la información contenida en el documento D.N.I.
 Certificación bancaria o, en su defecto, copia de la cartilla en la que figuren los datos del titular de la cuenta y el número.
 Cuando proceda, documentación adicional.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Firma del solicitante/representante (en su caso)

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado, y que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito dirigido a la GERENCIA REGIONAL DE SALUD – DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN E INNOVACIÓN, Paseo Zorrilla, nº 1, 47007 Valladolid, utilizando al efecto los modelos normalizados mediante Orden PAT/175/2003.

Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.