



Ajuntament d'Oliva  
(València)

INTERVENCIÓN- TESORERIA

Pl. Ajuntament, 1  
46780.-Oliva  
Tel. 96 285 02 50  
Fax 96 283 97 72  
C.I.F.P-4618300-J

### FICHA DE TERCEROS

N.I.F. \_\_\_\_\_  
Nombre o Razón Social \_\_\_\_\_  
Domicilio Fiscal/Calle \_\_\_\_\_ Núm. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Pta. \_\_\_\_\_  
Población \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono (con prefijo) \_\_\_\_\_ Fax(con prefijo) \_\_\_\_\_  
Representante: \_\_\_\_\_ N.I.F. \_\_\_\_\_  
Mail: \_\_\_\_\_ Web: \_\_\_\_\_

### DATOS BANCARIOS PARA TRANSFERENCIA

Entidad \_\_\_\_\_ Cód. Entidad \_\_\_\_\_  
Oficina/Sucursal \_\_\_\_\_ Cód.Sucursal \_\_\_\_\_  
D.C. \_\_\_\_\_ Cód.Cuenta Cliente(C.C.C.) \_\_\_\_\_  
En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Firma y sello de la Empresa)

### A CUMPLIMENTAR POR LA ENTIDAD DE CREDITO

Don/Doña \_\_\_\_\_ con D.N.I: \_\_\_\_\_  
Apoderado de la Entidad de Crédito arriba indicada, **CERTIFICO** que los datos bancarios reflejados son ciertos. Asimismo, formulo diligencia de reconocimiento de firma de Don/Doña \_\_\_\_\_ titular/representante de la cuenta indicada.

(Firma y Sello)