

**A DADES DEL TERCER / DATOS DEL TERCERO**

TIPUS DE DOCUMENT / TIPO DE DOCUMENTO				
<input type="checkbox"/> NIF	<input type="checkbox"/> CIF	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> PASSAPORT PASAPORTE	<input type="checkbox"/> TARGETA RESIDENT TARJETA RESIDENTE
NÚMERO DE DOCUMENT D'IDENTIFICACIÓ: NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:				
PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX	

**B DADES BANCÀRIES / DATOS BANCARIOS**

NOM DEL TITULAR / NOMBRE DEL TITULAR				
ENTITAT FINANCIERA / ENTIDAD FINANCIERA				C. ENTITAT / C. ENTIDAD
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
SUCURSAL / SUCURSAL	C. SUCURSAL	DC	NÚM. C/C - LLIBRETA / NÚM C/C - LIBRETA	
IBAN				

**C DECLARACIÓ / DECLARACIÓN**

Declare que són certes estes dades, que identifiquen el compte i l'entitat financera a través dels quals desitge efectuar, per mitjà de domiciliació bancària, els pagaments de les quotes econòmiques a què estiga obligat per la subscripció del conveni d'assistència sanitària a pacients privats i durant la seua vigència.

*Declaro que son ciertos los datos arriba reflejados, que identifican la cuenta y la entidad financiera a través de las cuales se desea efectuar, mediante domiciliación bancaria, los pagos de las cuotas económicas a que venga obligado por la suscripción del convenio de asistencia sanitaria a pacientes privados y durante su vigencia.*

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

La persona interessada / La persona interesada

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).  
Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

**A DADES DEL TERCER / DATOS DEL TERCERO**

TIPUS DE DOCUMENT / TIPO DE DOCUMENTO				
<input type="checkbox"/> NIF	<input type="checkbox"/> CIF	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> PASSAPORT PASAPORTE	<input type="checkbox"/> TARGETA RESIDENT TARJETA RESIDENTE
NÚMERO DE DOCUMENT D'IDENTIFICACIÓ: NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:				
PRIMER COGNOM / PRIMER APELLIDO		SEGON COGNOM / SEGUNDO APELLIDO		NOM / NOMBRE
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX	

**B DADES BANCÀRIES / DATOS BANCARIOS**

NOM DEL TITULAR / NOMBRE DEL TITULAR				
ENTITAT FINANCIERA / ENTIDAD FINANCIERA				C. ENTITAT / C. ENTIDAD
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
SUCURSAL / SUCURSAL	C. SUCURSAL	DC	NÚM. C/C - LLIBRETA / NÚM C/C - LIBRETA	
IBAN				

**C DECLARACIÓ / DECLARACIÓN**

Declare que són certes estes dades, que identifiquen el compte i l'entitat financera a través dels quals desitge efectuar, per mitjà de domiciliació bancària, els pagaments de les quotes econòmiques a què estiga obligat per la subscripció del conveni d'assistència sanitària a pacients privats i durant la seua vigència.

*Declaro que son ciertos los datos arriba reflejados, que identifican la cuenta y la entidad financiera a través de las cuales se desea efectuar, mediante domiciliación bancaria, los pagos de las cuotas económicas a que venga obligado por la suscripción del convenio de asistencia sanitaria a pacientes privados y durante su vigencia.*

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

La persona interessada / La persona interesada

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).  
Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).