|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Modificación |  | Alta |  |

*seleccionar con una “X”*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES IDENTIFICATIVOS[[1]](#footnote-1)** *(a cumplimentar por el interesado)* | | | | | | | | | | | | | | |
| N.I.F./ C.I.F./ PASAPORTE/V.A.T.: | |  | | | | | | | | | | | | |
| Apellidos y nombre o razón social: | |  | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | C.P.: | |  | | |
| Población: | |  | | | | | Provincia: | | | |  | | | |
| Actividad económica (sólo empresas): | |  | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | |  | | Correo electrónico: | | | | |  | | | | | |
| AUTORIZA al Instituto de Astrofísica de Canarias que las cantidades que deba percibir sean transferidas en la entidad financiera y a los datos bancarios señalados. | | | | | | | | | | | | | | |
| En |  | | a | |  | de | |  | | | | | de |  |

|  |
| --- |
| *El Autorizante*  Fdo: …………………………………………..…… |

*(En caso de persona jurídica deberá incluir sello)*

|  |
| --- |
| **DATOS BANCARIOS ZONA EURO** *(a cumplimentar por la entidad bancaria)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BIC / SWIFT:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la entidad: |  | | | Sucursal: |  | |
| Domicilio de la entidad: |  | | | | | |
| Población: |  | C.Postal: |  | Provincia: | |  |

Certificamos que la cuenta corriente anteriormente señalada, figura abierta en esta entidad al nombre y C.I.F. o N.I.F. siguientes:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellidos y nombre o razón social: |  |  | SELLO Y FIRMA  Fdo: |
| N.I.F./ C.I.F./ PASAPORTE/V.A.T.: |  |  |
|  | |  |

1. Se deberá acompañar fotocopia del D.N.I. o N.I.F. o fotocopia del documento oficial en el que figure el número personal de identificación de extranjeros. Estos documentos no serán necesarios cuando se trate de modificación de datos bancarios.

   Protección de datos .\_ De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/199, de 13 de diciembre , de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos personales que nos facilita, serán incorporados en los ficheros de los que es titular el INSTITUTO DE ASTROFÍSICA DE CANARIAS..

   El interesado queda igualmente informado sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de accesos, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos facilitados mediante escrito dirigido al Responsable del Fichero, a la siguiente dirección : INSTITUTO DE ASTROFÍSICA DE CANARIAS. C/Vía Láctea s/n -38205 –La Laguna- Santa Cruz de Tenerife. [↑](#footnote-ref-1)