

**SOLICITUD DE LA AYUDA MUNICIPAL PARA EL
FOMENTO DEL EMPLEO ESTABLE**

ANEXO VI
DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

DATOS DE LA PERSONA TITULAR DE LA CUENTA			
Nombre y Apellidos/Razón Social		DNI/NIF/NIE/C	
Domicilio			
Localidad		Provincia	Código Postal
Teléfono 1	Teléfono 2	Correo Electrónico	

DATOS BANCARIOS		
Banco o Caja		
Dirección		
Localidad	Provincia	Código Postal
Nº de CCC (IBAN + 20 dígitos):		

DATOS DE LA PERSONA DE CONTACTO		
Nombre y Apellidos		DNI/NIF/NIE
Domicilio		
Localidad	Provincia	Código Postal
Teléfono 1	Teléfono 2	Correo Electrónico

Autorizo a realizar todos los pagos a nombre del titular a través de la cuenta indicada.

En Ávila, a ____ de _____ de _____

EL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA,

Firma: _____

ILMO. SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE ÁVILA