HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU
FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA
UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

Direcció de Professionals
Tel. 93 553 7642 / 7643
C/ Sant Antoni M. Claret, 167 (Pavelló 16)
08025 - Barcelona

RH 001/14

ID. Personal

DOMICILIACIÓ BANCARIA

DATOS PERSONALES

Apellidos (Cognoms): ..... **Nom (Nombre:** .....

N.I.F / N.I.E.: .....

Demano que l'import corresponent als meus havers sigui ingressat mitjançant el compte que a continuació es detalla i a partir de la nòmina del mes de ..... inclòs.

Solicito que el importe correspondiente a mis haberes sea ingresado mediante la cuenta que se detalla a continuación y a partir de la nómina del mes de ..... incluido.

CAIXA O BANC (CAJA O BANCO) .....

(Codi segons normes Consell Superior Bancari, als efectes de transferència per suport magnètic)

(Código según normas del Consejo Superior Bancario, a efectos de transferencia por soporte magnético)

Codi postal de la Oficina (Código postal de la oficina) : .....

Codi IBAN (Código IBAN)

Atentament (Atentamente)

Signatura (Firma)

Barcelona, a ..... de ..... de 20.....