



Sol·licitud de transferència bancària per a pagaments de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears

<i>NIF de la persona receptora</i>	<i>Dígit de control</i>	<i>Difer.</i>	<i>Manament</i>	<i>Classe</i>

<i>Dades de la persona sol·licitant</i>	<i>Llinatges i nom o raó social</i>				
	<i>Nom de la via pública</i>		<i>Número</i>	<i>Pis</i>	<i>Porta</i>
	<i>Telèfon</i>	<i>Fax</i>	<i>Localitat</i>	<i>Codi postal</i>	<i>Municipi</i>

<i>Dades de l'entitat bancària</i>	<i>Entitat</i>					
	<i>Domicili de la sucursal o de l'oficina</i>					
	<i>IBAN del compte</i>					
	<i>País (2 dígits)</i>	<i>Control IBAN (2 dígits)</i>	<i>Codi de l'entitat (4 dígits)</i>	<i>Codi de la sucursal (4 dígits)</i>	<i>Dígits de control (2)</i>	<i>Número del compte corrent o de la llibreta (10 dígits)</i>

De conformitat amb el Decret 6/2013, de mesures de simplificació documental dels procediments administratius, i la relació de documents del Catàleg de simplificació documental substituïbles per la presentació d'aquesta declaració,

DECLAR:

1. La titularitat del compte bancari corresponent a les dades consignades, a l'efecte de l'ingrés derivat del reintegrament de despeses farmacèutiques.
2. La possibilitat d'acreditar-les documentalment, en cas que se m'exigeixin.

....., d de

(rúbrica de la persona interessada)