Gerencia del Área de Salud de Cáceres

GOBIERNO DE EXTREMADURA
Consejería de Salud y Política Social

IMPRESO DE CAMBIO DE DATOS PERSONALES Y DATOS BANCARIOS

DATOS DEL SOLICITANTE

Cuerpo, Escala o Categoría ..... D.N.I. .....

Apellidos y Nombre .....

Centro de Trabajo: .....

Cambio de Domicilio

Calle o Plaza ..... Número..... Piso .....

Código Postal .....Localidad .....

Provincia .....Teléfono (con prefijo)..... T.Móvil .....

Cambio de Datos Bancarios

Nombre de la entidad Bancaria.....

Domicilio de la Sucursal .....

CÓDIGO I.B.AN. Y CUENTA CIENTE (I.B.A.N.+ CCC.) RELLENE TODOS LOS HUECOS

I.B.A.N.				BANCO O CAJA				OFICINA				D.C.		NUMERO DE CUENTA									

Cáceres, a ..... de ..... de 20.....

Firma del Interesado/a

"Los datos que se recogen, se tratarán informáticamente o se archivarán con el consentimiento del ciudadano, quien tiene derecho a decidir quien puede tener sus datos, para qué los usa, solicitar que los mismos sean exactos y que se utilicen para el fin que se recogen, con las excepciones contempladas en la legislación vigente"