

PROPUESTA DE APERTURA DE CUENTA COMERCIAL

CONTADO CRÉDITO

FECHA: _____

NIF/CIF: _____

TITULAR: _____

NOMBRE COMERCIAL: _____

DOMICILIO: _____

CODIGO POSTAL: _____

POBLACIÓN: _____

TELEFONOS: _____

FAX: _____

FECHA CONSTITUCIÓN: _____

ACTIVIDAD: _____

Acompaño documentos:

- Fotocopia de la escritura de constitución y, en su caso, de apoderamiento.
- Impuesto de Actividades Económicas, modelo 036-037-840 o 845.
- Fotocopia de modelo de IGIC 400 o 425.
- Certificado de la agencia tributaria de la actividad que realiza.

PERSONAL AUTORIZADO PARA LA ENTREGA

La parte compradora designa como personas autorizadas para firmar y retirar en su nombre las mercancías adquiridas por la parte compradora e instrumentalizadas en las oportunas facturas a:

D.....
con DNI..... Firma

D.....
con DNI..... Firma

D.....
con DNI..... Firma

D.....
con DNI..... Firma

COMPRA CON VALE

VALE Y AUTORIZADO

AUTORIZADO

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

D/D^a _____

De conformidad con lo dispuesto en la ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos solicitados, los obtenidos durante el estudio de su solicitud, precontrato o contrato, los derivados, en su caso, de la compraventa de productos, y aquellos otros conexos que pudieran ser obtenidos en registros públicos u otras fuentes legalmente admitidas, serán incorporados, incluida la dirección de correo electrónico y teléfono móvil, en un fichero automatizado cuyo responsable es Anidia S.A., con domicilio en C/ Sao Paulo, 56. 35008 Las Palmas de Gran Canaria.

Anidia S.A. garantiza que todos los datos personales contenidos en el presente documento serán utilizados con la finalidad, en la forma, y con las limitaciones y derechos que concede la Ley Orgánica 15/1999, de protección de Datos de Carácter personal.

El presente consentimiento se otorga sin perjuicio de todos los derechos que le asisten en virtud de la normativa anteriormente citada, y especialmente de la posibilidad de ejercitar gratuitamente los derechos de oposición, acceso e información, rectificación cancelación de sus datos y revocación de su autorización sin efectos retroactivos, que podrán ser ejercitados dirigiendo comunicación por escrito a la dirección de Anidia S.A. más arriba referida.

Por otra parte, se informa que Anidia S.A. podría estar obligada a facilitar información sobre transacciones dinerarias a las autoridades u organismos oficiales de otros países, situados tanto dentro como fuera de la Unión Europea, en el marco de la lucha contra la financiación del terrorismo y formas graves de delincuencia organizada y la prevención del blanqueo de capitales.

Finalmente, el/los interviniente/s deberá/n comunicar a Anidia S.A. cuantas modificaciones se produzcan en sus datos personales. Anidia S.A. no será responsable de las consecuencias que pudieran derivarse para el/los interviniente/s por su falta de diligencia en la actualización de los referidos datos.

Fecha: _____

Firma: _____

FORMA DE PAGO

TRANSFERENCIA (30 DIAS A LA CUENTA DE ANIDIA, S.A.)

Nº CUENTA: **ES80 2038 8745 9560 0010 8243**

GIRO BANCARIO (30 DIAS RELLENAR ORDEN, SEPA)

FACTURA

CORREO ORDINARIO

Dirección:

FACTURA EMAIL: _____



Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA
SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: _____
Mandate reference
Identificador del acreedor: A35055169
Creditor Identifier
Nombre del acreedor / Creditor's name
ANIDIA, S.A.
Dirección / Address
C/ DR. JUAN DOMINGUEZ PEREZ, 10-12
Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town
35008 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
País / Country
ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el deudor
To be completed by the debtor

Nombre del deudor/es / Debtor's name
(titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor / Address of the debtor

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

País del deudor / Country of the debtor

Swift BIC / Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters)

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES
Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago: **Pago recurrente** *o* **Pago único**
Type of payment *Recurrent payment* *or* *One-off payment*
Fecha - Localidad: _____
Date - location in which you are signing
Firma del deudor: _____
Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.