MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
TESORERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCION PROVINCIAL

C.C.C.

ELECCIÓN DE MODALIDAD DE PAGO DE SALDOS ACREEDORES

Nombre o Razón Social:		D.N.I./ N.I.F.
Domicilio:		Teléfono:
Localidad:	Código Postal:	Provincia:
Período:		Importe:

MODALIDAD DE COBRO: Para una mayor agilidad, le recomendamos la transferencia. Rogamos que cumplimente todos los datos y claves bancarios en su correspondiente casilla. En caso de duda, solicite certificación de los mismos en su entidad financiera.

TRANSFERENCIA BANCARIA A:

Cuenta a nombre de la empresa

ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	NUMERO DE CUENTA

DOCUMENTACIÓN A APORTAR:

- En el caso de contrato de formación: certificado del centro de formación donde conste la cuantía a bonificar o los recibos.
- Parte de baja inicial y partes de confirmación. de I.T.
- En caso de I.T. por accidente de trabajo el modelo TC/2 deberá estar sellado por la Mutua de Accidentes, excepto en los casos que sea el I.N.S.S.

Suscribe la elección, D. _____
con nº de D.N.I_____ , en calidad de _____

_____, _____ de _____ de _____

(firma)