

**Sol·licitud de transferència bancària per a pagaments de prestacions complementàries\*****Dades de la persona usuària**

Cognoms i nom

DNI / NIF

CIP

**Dades de la transferència**

Cognoms i nom de la persona titular del compte o llibreta

NIF

Adreça

Codi postal

Localitat

Telèfon

Nom de l'entitat bancària

Codi

Agència

DC

Compte corrent o llibreta

Adreça de l'agència

Codi postal

Localitat

Sota la meua responsabilitat declaro que les dades esmentades corresponen al compte corrent o llibreta d'estalvis que estan al meu nom.

Signatura

Data

**Diligència de conformitat de l'entitat de crèdit**

Signatura

Segell

Data

**Dades de la prestació complementària**

Núm. d'expedient

**\* Notes:**

- No empleneu les caselles ombrejades perquè estan reservades a l'Administració.
- De conformitat amb el que estableix la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, les dades que consigneu en aquest document constaran en el registre de prestacions complementàries. La finalitat d'aquest fitxer és la gestió i el seguiment de la tramitació i el pagament de les prestacions del sistema sanitari públic català.

Les vostres dades seran comunicades al Departament d'Economia i Finances, al Departament de Salut, a l'Institut Català de la Salut i a la resta d'entitats proveïdores que, d'acord amb la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, requereixen d'aquest accés per tramitar i dur a terme la vostra sol·licitud en l'àmbit de les funcions reconegudes en la Llei esmentada.

L'òrgan responsable d'aquest fitxer és l'Àrea de Serveis i Qualitat del Servei Català de la Salut (trav. de les Corts, 131-159, Edifici Olímpia, 08028 Barcelona). Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició comunicant-ho per escrit davant d'aquesta Àrea.