



PRESTACIONES ASISTENCIALES DE ACCIÓN SOCIAL

DATOS A RELLENAR POR EL PRECEPTOR

Nombre y Apellidos: _____

Domicilio: _____

Población: _____ Código Postal: _____

D.N.I.: _____ Teléfono _____

Bilbao, a _____ de _____ de 2.0

Firma del Titular Perceptor

DATOS A SER RELLENADOS POR LA ENTIDAD BANCARIA

Certificamos que la persona arriba referenciada es Titular de la siguiente cuenta:

Caja/Banco: _____

Sucursal: _____ N° Cuenta: _____

Población: _____ Código Postal: _____

Bilbao, a _____ de _____ de 2.0

Firma y sello de la Entidad Bancaria

DATOS A SER RELLENADOS POR EL DEPARTAMENTO DE ACCIÓN SOCIAL

Tipo de Prestación: _____

N° de Expediente: _____

Bilbao, a _____ de _____ de 2.0

Cotejado, El/la funcionario/a