

INSTRUCCIONES DE ENVÍO DE FORMULARIO PASTOR SERFIN

- Cumplimentar debidamente el formulario.
- Se deberá añadir la siguiente documentación según sea el caso:
 - a) En el caso de que el titular de la clínica dental sea un particular, fotocopia del DNI.
 - b) En el caso de que el titular de la clínica dental sea una entidad jurídica, fotocopia del NIF y fotocopia del DNI del representante legal.
- Fotocopia de un recibo bancario, donde aparezcan los datos bancarios.
- Una vez imprimido y rellenado el formulario, debe mandarlo junto a la documentación solicitada a:

ODONTOGRUP
C/ Elisa 21, bajos
08023, Barcelona

CENTRO: _____ Fecha: _____
CIF: _____ Nombre Social: _____
Nombre Comercial: _____
Titular: _____ DNI titular: _____
Persona de contacto: _____
Actividad: _____
Dirección: _____ Código Postal: _____
Población: _____ Provincia: _____
Teléfono: _____ Fax: _____
E-mail respuesta operaciones: _____
Envío de imputaciones: Fax: Correo: E-mail: *Marcar la opción deseada*
E-mail envío imputaciones: _____

Domiciliación Bancaria: Banco/Caja: _____ Oficina: _____ DC: _____ Nº Cta.: _____

Formas de pago:

Datos a cubrir por el Desarrollo de Negocio de PSF.

Límites: Frontera:

Firma y sello del Establecimiento

Firma Comercial PSF

Muy señores míos:

Tanto para los abonos de las operaciones financiadas por Pastor Servicios Financieros como para los adeudos que, previa conformidad por nuestra parte, sea necesario realizar, todo ello como consecuencia de las relaciones comerciales al amparo del "Contrato de adhesión al Servicio", se establece como cuenta operatoria:

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Domiciliación Bancaria: Banco/Caja: _____ Oficina: _____ DC: _____ Nº Cta.: _____

Titular de la cuenta:

Banco / Caja:

Domicilio oficina:

Localidad:

Código Postal:

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma Titular Cuenta