

FECHA:

DATOS EMPRESA Y SOCIOS

EMPRESA:

POBLACION:

DIRECCION:

PROVINCIA:

CODIGO POSTAL:

TELEFONO:

FAX:

NIF ó DNI:

E-MAIL:

NOMBRE GERENTE:

TFNO.:

FORMA DE PAGO DESEADA:

máximo: 30 días f/f.

GIRO BANCARIO:

VISTA

30 DIAS

DIA DE PAGO

INDIQUE SU CODIGO IBAN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

CAJA O BANCO CON LOS QUE ACTUALMENTE TRABAJAMOS:

Indicar al menos uno

CAJA O BANCO:

CUENTA:

DIRECCION:

CAJA O BANCO:

CUENTA:

DIRECCION:

PROVEEDORES CON LOS QUE HABITUALMENTE TRABAJO:

Indicar al menos dos

NOMBRE:

TELEFONO:

NOMBRE:

TELEFONO:

NOMBRE:

TELEFONO:

NOMBRE:

TELEFONO:

NOMBRE:

TELEFONO:

Firma y sello solicitante:

Firmado:

Vº Bº por parte de LOMAQ HERRAMIENTA

Firmado:

Estudiada su solicitud se le concede un credito máximo de:

(Este credito concedido puede ser modificado por LOMAQ HERRAMIENTA, S.L. en cualquier momento o bien por solicitud del cliente previa nueva aprobación por parte de LOMAQ HERRAMIENTA, S.L.)

con la siguiente forma de pago:

El solicitante declara estar conforme:

Firma y sello solicitante:

Remitir este documento debidamente cumplimentado a: e-mail: info@lomaqherramienta.es o fax: 976 463316

NO SE ATENDERA NINGUNA SOLICITUD SI NO VIENE CUMPLIMENTADA CON TODOS LOS DATOS QUE SE SOLICITAN Y LA MISMA NO ESTA DEBIDAMENTE FIRMADA Y SELLADA

AUTORIZACION CUENTA BANCARIA PARA GIRO DE RECIBOS

Don / Doña:
Cargo:
En representación de la entidad:
Con CIF / DNI:
Domicilio
Población:

Declara subsistentes las facultades con las que intervienen que en modo alguno le han sido revocadas, modificadas ni suspendidas, y, en calidad con la que actúan,

AUTORIZA

A la compañía LOMAQ HERRAMIENTA, S.L. con CIF B99290694 a que desde la fecha de la presente, y con carácter indefinido en tanto continúen las relaciones comerciales entre ambas compañías, a que gire en el número de cuenta bancaria especificada en el presente documento, todos los recibos correspondientes a las facturas que se originen como consecuencia de las relaciones comerciales entre ambas compañías, según lo exigido por la Ley 16/2009 de Servicios de Pago.

Se da conformidad a la no devolución de ningún recibo pasado 30 días fecha vencimiento recibo.

Nombre de la entidad bancaria																
Domicilio de la entidad bancaria:																
CODIGO IBAN:																
<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Confirma y válida el cliente(requiere sello y firma):
Fecha:

Devolver debidamente firmado y cumplimentado a:
 mail: info@lomaqherramienta.es
 fax: 976 463316

(Fecha, sello de la empresa y firma del representante)

