Región de Murcia

ICREF
Instituto de Crédito y Finanzas
Región de Murcia

DEUDA CORRESPONDIENTE AL: SERVICIO MURCIANO DE SALUD –SMS

1. Nombre o razón social del Proveedor o Acreedor (obligatorio cumplimentar todos sus apartados)

C.I.F:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
N.I.F:	RAZÓN SOCIAL		
DOMICILIO (Calle y numero)	C.P.	LOCALIDAD	POBLACIÓN
CORREO ELECTRÓNICO	TELEFONO PARTICULAR	TELEFONO TRABAJO	FAX

2. □ Presentador / □ Representante Legal: (obligatorio cumplimentar, marque lo que proceda)

C.I.F:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	
DOMICILIO (Calle y numero)	C.P.	LOCALIDAD	TELEFONO TRABAJO	TELEFONO PARTICULAR

3. Importe nominal total adeudado: (obligatorio cumplimentar)

IMPORTE TOTAL (en euros)

4. Cargas pendientes con cualquier Administración Pública (obligatorio cumplimentar, marque lo que proceda)

☐ SI ☐ NO (en caso afirmativo cumplimentar según sea de la CARM u OO.AA)

IMPORTE (en euros)	ADMINISTRACIÓN REGIONAL MAS ORGANIMOS PUBLICOS	RESTO ADMINISTRACIONES (Estatal o Local)	FECHA

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presente ficha, así como en la documentación que acompaña si procede, en su caso, autorizo a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. Presto también mi consentimiento para que las notificaciones se practiquen, en su caso, a la dirección electrónica de mi puesto de trabajo o en su defecto a la indicada en la ficha.

Murcia, a de de

Firma del Presentador / Representante Legal

1 *Indique un único CIF/NIF. En caso de que la Administración mantenga deudas con Uniones Temporales de Empresas deberán indicarnos el CIF de la UTE. En caso de grupo de empresas deberá cumplimentar un documento por cada una de las empresas acreedoras.*

2 *Persona que presenta la instancia o representante legal en su caso legitimado para realizar el trámite, no siendo necesario rellenarlo si la persona física acreedora es la misma que la presentadora.*

3 *Indique **el importe nominal total agregado (IVA incluido)** de la deuda que la Administración General de la CARM que mantiene con el CIF/NIF indicado en el punto 1. En caso de existir deudas de algún Organismo Autónomo de la Región de Murcia, deberán consignarse en documento correspondiente independiente a este. En caso de existir deudas del Servicio Murciano de Salud con el CIF indicado, en el punto 1. Deberán consignarse en documento correspondiente independiente a este.*

4 *En caso de mantener cualquier deuda, embargo, etc. con cualquier Administración Pública, tanto Estatal, Regional o Local, deberá indicarnos el importe adeudado así como el organismo con el cual usted mantiene la deuda.*

- *Enviar cumplimentado a **plandepagos@icrefrm.es** o al fax: **968 211 152***
- *Puede ponerse en contacto con nosotros en el teléfono: **968 012 088** de 9 a 14 horas de Lunes a Viernes*

La información personal que va a proporcionar en este formulario se integrará en el fichero de datos personales "Atención al Proveedor / Acreedor". El responsable de dicho fichero es: Director del Instituto de Crédito y Finanzas de la Región de Murcia, sito en el Edificio Díaz Cassou; Santa Teresa, 21 2ª Planta, 30005 Murcia, ante el que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.