

SOLICITUD/CONTRATO TARJETA COMERCIAL CEPSA STAR

En _____ a _____ de _____ de _____

D. _____

N.I.F. _____, en nombre y representación de la entidad detallada posteriormente, en su calidad de _____,

firma la presente solicitud / contrato aceptando las condiciones generales de utilización de las Tarjeta Comercial "CEPSA STAR" incluidas al dorso.

| SOLICITUD | | E.S. GEST. | CONTRATO |
|-------------------------------|------------|-------------------------------------------------|----------|
| COMERCIAL | NÚM. | | |
| 90707 | | | |
| NUEVO | AMPLIACIÓN | MODIFICACIÓN | |
| STAR <input type="checkbox"/> | | STAR FLOTAS <input checked="" type="checkbox"/> | |
| A | B | C | D |
| | | | |
| F | | G | H |
| | | | |

DATOS IDENTIFICATIVOS (PARA COMUNICACIONES / FACTURACIÓN)

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| NOMBRE EMPRESA (RAZÓN SOCIAL/APELLIDOS Y NOMBRE), IGUAL A TARJETA IDENTIFICATIVA. | | | N.I.F. <input type="text"/> | C.I.F. <input type="text"/> | P.J.E. <input type="text"/> |
| NOMBRE COMERCIAL PARA TARJETAS (Máx. 26 caracteres) | | | DOMICILIO | | |
| LOCALIDAD | | | CÓD. POSTAL | PROVINCIA | TELÉF. |
| E-MAIL* (Máximo 40 caracteres) | | | PAÍS | FAX | |

DATOS COMERCIALES

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| PERSONA DE CONTACTO (APELLIDOS Y NOMBRE) | | TELÉFONO | MÓVIL* |
| APELLIDOS | NOMBRE | FAX | |
| ACTIVIDAD COMERCIAL | | MARQUE SI NO DESEA LAS TARJETAS CON CÓDIGO SECRETO (P.I.N.) <input type="checkbox"/> | TARJETAS SOLICITADAS |
| ÁMBITO DE COBERTURA <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> COMARCAL <input type="checkbox"/> INTERNACIONAL <input type="checkbox"/> REGIONAL | CONSUMO EN BASE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO _____ LITROS/MES | CONSUMO ESTIMADO CON TODAS LAS TARJETAS SOLICITADAS MÁXIMO MENSUAL, EUROS: _____ | LÍMITE DE RIESGO ASUMIDO EUROS |
| En caso de estar respaldado por PRESENTADOR/GARANTE/AVALISTA Por favor, indique aquí el nombre de dicho tercero | | | |

*Campos obligatorios para acceder al Servicio Web

| DATOS DE LOS VEHÍCULOS (Si más de 8 en hoja anexa) | | | | | NÚMERO DE TARJETA |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------|
| MATRÍCULA | TIPO DE VEHÍCULO (*) (marcar lo que proceda) | CONSUMO LITROS POR MES | CÓDIGO PRODUCTOS AUTORIZADOS | LÍMITE POR OPERACIÓN EUROS | PREFIJO CUENTA |
| | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | _____ |
| | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | _____ |
| | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | _____ |
| | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | _____ |
| | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | _____ |
| | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | _____ |
| | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | _____ |
| | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | _____ |

(*) 1 = CAMIÓN PESADO / 2 = CAMIÓN MEDIO / 3 = AUTOBÚS / 4 = FURGONETA / 5 = FURGONETA PEQUEÑA / 6 = TURISMO / 7 = OTRO

TRATAMIENTO DE DATOS: NO AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE DATOS PARA FINALIDADES QUE NO GUARDEN RELACIÓN CON EL ESTUDIO, MANTENIMIENTO, DESARROLLO Y CONTROL DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL.

DOMICILIACIÓN BANCARIA ENTIDAD BENEFICIARIA: CEPSA CARD, S.A. – PS DE LA CASTELLANA, 259 A 28046 MADRID.

| | |
|-----------------------|-----------|
| NÚMERO DE CUENTA IBAN | SWIFT BIC |
| _____ | _____ |

ENTIDAD DE CRÉDITO - BANCO/CAJA - OFICINA/SUCURSAL - DIRECCIÓN

De acuerdo con el Art. 23 de la Ley 16/2009 de Servicios de Pago, acepto como plazo máximo de devolución de los recibos cargados en mi cuenta por CEPSA CARD, S.A., en virtud de la presente orden de domiciliación, cinco (5) días hábiles comprometiéndome a no ordenar a mi entidad bancaria su retrocesión una vez transcurrido dicho plazo. Asimismo me comprometo a que, en caso de revocación de la presente orden de domiciliación o de cualquier otra circunstancia que pudiera afectar a su vigencia, a informar de inmediato a CEPSA CARD, S.A., mediante escrito por cualquier medio que pueda acreditar su recepción.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA.

FDO. _____ FECHA: _____

He leído y acepto las condiciones generales de la Tarjeta.

POR CEPSA CARD, S.A. P.P.

FECHA: _____

