DESGUACES TENERIFE S.A
C/Las Industrias 17, Cercado Chico
38108 La Laguna
Tel: 922 62 22 18 / Fax: 922 62 25 76
C.I.F: A-38.209.938

SOLICITUD DE APERTURA DE CUENTA CLIENTE WEB SUBASTAS

Por la presente solicito a Vds. la apertura de una cuenta de USUARIO VENDEDOR, con el fin de poder acceder a la plataforma de subastas de vehículos reconociendo con la firma de la presente conocer y cumplir el condicionado que acompaña a esta solicitud,

Razón / Nombre: …….....

CIF / NIF: …..…….....

Nombre comercial: .....

Dirección: .....

C.P.: …….. Localidad: .....

Teléfono-1: ..... Teléfono-2: ……..

Email: ……...……..……

Fecha, firma y sello:

Se adjunta:
- ➔ Copia del CIF/NIF de la empresa
- ➔ Copia del DNI de la persona autorizada
- ➔ Documento de domiciliación bancaria cumplimentado y firmado
- ➔ Certificado de titularidad de la cuenta bancaria indicada en el documento anterior
- ➔ Ficha del vehículo objeto de subasta

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS. *RESPONSABLE: Desguaces Tenerife, S.A. FINALIDAD: Dar respuesta a su consulta, solicitud o petición. LEGITIMACIÓN: Su consentimiento y el interés legítimo para poder dar respuesta a lo solicitado. DESTINATARIOS: No se comunicarán a terceros, excepto por obligación legal, ni tampoco se realizará ninguna transferencia internacional de datos sin su consentimiento previo. DERECHOS: Acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad y presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. INFORMACIÓN ADICIONAL: Consulte la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra política de privacidad en www.desguacestenerife.com*

DESGUACES TENERIFE S.A
C/Las Industrias 17, Cercado Chico
38108 La Laguna
Tel: 922 62 22 18 / Fax: 922 62 25 76
C.I.F: A-38.209.938

FORMULARIO VEHICULO PARA SUBASTAR

MATRICULA: ……. FECHA MATRICULACION: ……...

Marca: ……..……. Modelo: ……..……..

Color: ……..…….. Nº de puertas: …… Kilómetros: ……..

Combustible: ……..…… Potencia fiscal: ……..……... Motor tipo: ……

Cilindrada: ……..… Nº cilindros: ..……..…. Emisiones CO2 (gr.km): ……

Caja Cambios *(tipo y velocidades)*: …….…….…… ¿Llaves? …….……

¿Baja temporal? ……. Fecha próx. ITV: ….…… ¿Ultimo mantenimiento?……

¿Libre de gravámenes, reservas de dominios, cargas, derechos de terceros?: ……

EQUIPAMIENTO ADICIONAL RESEÑABLE:

(…..) Aire acondicionado
(…..) Techo eléctrico / panorámico
(…..) Sensor parking del.
(…..) Luces LED
(…..) Cierre centralizado
(…..) Retrovisores eléctricos
(…..) Sensor parking tras.
(…..) Sistemas ADAS
(…..) Elevalunas eléctricos
(…..) Retrovisores abatibles
(…..) Cámara trasera
(…..) Bola de remolque

Otro/s (*indicar*): ……..……

SITUACION ACTUAL DEL COCHE:

(…..) Funciona y circula correctamente
(…..) Carrocería no presenta daños reseñables
(…..) Carrocería no presenta óxidos ni corrosiones (*indicar zona*) ……
(…..) Inmovilizado por avería (*indicar naturaleza y presupuesto*) ……....
(…..) Inmovilizado por accidente (*indicar presupuesto*) ……....

Otro (*indicar*): ……..……

PRECIO RESERVA (*conforme punto 32 del condicionado*): …… Euros

LUGAR DE ENTREGA AL ADJUDICATARIO: ……

OBSERVACIONES

Otros gastos: ……..……

SE ADJUNTA:

- ➔ COPIA LEGIBLE DE LA FICHA TECNICA EN TODAS SUS PAGINAS
- ➔ COPIA LEGIBLE DEL PERMISO DE CIRCULACION
- ➔ JUEGO DE FOTOGRAFIAS CONFORME AL ANEXO ESTABLECIDO

En ……..……

Fecha: …… .....

Firmado:

……..

Emisor o Acreedor: **DESGUACES TENERIFE, S.A.** **Identificador de Emisor: (Código de Pais+DC+Sufijo+NIF) *** **ES43000A38209938**	**(Logo del Emisor)**
Dirección Emisor (Nombre de la calle y número) * **CALLE LAS INDUSTRIAS, 17**	
Código Postal/Localidad: * **CP:38108. SANTA CRUZ DE TENERIFE**	**País: *** **ESPAÑA**
Referencia única de mandato: * A completar por el emisor	

Deudor

Mediante la firma de este formulario de Orden de Domiciliación, usted autoriza al emisor o acreedor identificado en el mismo a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar en su cuenta y a su entidad financiera para adeudar los importes correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes del acreedor indicado.

Como parte de sus derechos, tiene derecho a ser reembolsado por su entidad financiera de acuerdo con los términos y condiciones del contrato suscrito con su entidad financiera. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo de 8 semanas a partir de la fecha de en que se realizó el adeudo en su cuenta.

(Los campos marcados con * son obligatorios)

Nombre del deudor (Persona/Empresa) *	
Dirección (Nombre de la calle y número) *	
Código Postal/Localidad: *	**País: ***
Número de cuenta adeudo: IBAN*	**BIC entidad deudora: ***
Tipo de pago: * ☐ Recurrente ☐ Único	
Fecha /lugar de Firma: *	
Firma(s)*Firma de personas autorizadas en la cuenta, en caso de poderes mancomunados dos firmas son necesarias **NIF /Nombre:**	**NIF/Nombre:**
Observaciones: Indique número de contrato, descripción del contrato, si hace el pago en nombre de otra persona o entidad, propósito del adeudo, Importe máximo autorizado…	

Por favor, devolver este original firmado al acreedor, guarde una copia y haga llegar otra a su entidad financiera, donde domicilia y autoriza los pagos.

Nota: En su entidad financiera puede obtener información adicional sobre sus derechos relativos a este mandato.

CIF / NIF*:_____ **Cuenta cliente DT:** _____

Email de contacto*: _____