

Anexo 2SOLICITUD DE AVALSr./Sra. D./D^a.

CAJA DE AHORROS DEL MEDITERRANEO

C/

En _____ a _____ de _____ de _____

Muy Sres. nuestros:

De conformidad con las condiciones pactadas en el Convenio de Colaboración suscrito con Uds. de fecha 04/11/1996, rogamos estudien la posibilidad de emitir un Aval a favor de:

Avalado/a:

Domicilio:

Ciudad y Provincia:

N.I.F. ó C.I.F.:

Teléfono:

Actividad:

Oficina CAJA DEL MEDITERRANEO:

Ante CEPSA CARD, S.A., con domicilio en Avda. del Partenón 12-14, 3ª planta, 28042 Madrid, por importe de Euros.

(€ _____), como límite global máximo por todos los conceptos, para garantizar el duplo del consumo mensual estimado de productos y servicios adquiridos por el Avalado, utilizando para su pago las Tarjetas de Crédito CEPSA.

Serán de cargo de CEPSA CARD, S.A. la comisión trimestral de riesgo del 0.25 %, de estudio y de formalización previstas en la Cláusula Quinta del Convenio antes referido, así como los gastos de intervención del Fedatario Mercantil en la póliza de contragarantía, autorizando a CAJA DEL MEDITERRANEO para adeudar dichos importes en la cuenta corriente nº 0040363671 que se sigue a nombre de CEPSA CARD, S.A. en la oficina de C/ Núñez de Balboa, 65 de Madrid (ordinal 0294)

Adjuntamos a la presente fotocopia de la solicitud de vinculación al sistema de pago mediante Tarjeta CEPSA, por el Avalado.

Atentamente

REMITE : (a rellenar por Delegación comercial de CEPSA EE.SS., S.A., CEPSA CARD, S.A., CEDIPSA, o Estación de Servicio nº _____)

(Nombre remitente)

(Dirección)

(Población)

Dar el aval al
cliente en mano