

SOLICITUD DE AVAL

SR. D. _____
CAJA DE AHORROS Y MONTE DE PIEDAD DE MADRID. Oficina Nº: _____
Dirección: _____

En _____ a _____ de _____ de 199__.

Muy señores nuestros:

De conformidad con las condiciones pactadas en el Convenio de Colaboración suscrito con Vds., de fecha 7 de abril de 1998, rogamos estudien la posibilidad de emitir un Aval a favor de:

Avalado/a: _____

Domicilio: _____

Ciudad y Provincia: _____

N.I.F./ C.I.F.: _____ Teléfono: _____

Actividad: _____

ante CEPSA CARD, S.A. (el Beneficiario), con domicilio en Madrid - Campo de las Naciones - Avda. del Partenón, nº 12-14, 3ª planta (28042 - MADRID), por importe de Ptas. _____ (Ptas. _____) como límite global máximo, por todos los conceptos, para garantizar el duplo del consumo mensual estimado, de productos y servicios adquiridos por los beneficiarios de las Tarjetas de Crédito CEPSA, a través de éstas.

Serán por cuenta y cargo de CEPSA CARD, S.A. la comisión trimestral del 0,25%, en concepto de comisión de riesgo, así como los gastos de intervención de Fedatario Público en la Póliza de Contragarantía, en los términos previstos en la "Cláusula Cuarta" del Convenio antes referido, autorizando a CAJA MADRID para adeudar dichos importes en la cuenta de crédito nº 2038 0624 11 6100022883, de la Oficina de CAJA MADRID nº 0624 de Madrid, de la cual es titular el beneficiario.

Adjuntamos a la presente fotocopia de la solicitud de vinculación al sistema de pago mediante Tarjetas CEPSA del avalado.

Atentamente,

REMITE: (a rellenar por la Delegación Comercial de CEPSA EE.SS., S.A., CEDIPSA, CEPSA CARD, S.A. ó Estación de Servicio Nº _____).

(Nombre del Remitente) Joaquín Sánchez de Ojeda

(Dirección) Avda. del Partenón, 12 3º B

(Población) (28042) Madrid

Dpto. Grandes Clientes



Enviar a