

**Formulario TRASPASO SERVICIOS ENTRE CLIENTES** El cambio se completará en un plazo máximo de diez días desde la recepción y aprobación de esta solicitud. El resultado será notificado por correo electrónico a ambos intervinientes. **Todos los campos son imprescindibles.**

**SOLICITANTE** (persona física con capacidad legal bastante)

|                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|
| Nombre y Apellidos:                                                      |  |
| NIF:                                                                     |  |
| En su propio nombre o en representación legal de la empresa/organización |  |

**SOLICITA que se proceda al cambio de titularidad de la prestación de los servicios (suscripciones) contratadas:**

|                                              |  |
|----------------------------------------------|--|
| Nombre del cliente actual ( <b>CEDENTE</b> ) |  |
|----------------------------------------------|--|

  

|                       |       |                       |                             |  |
|-----------------------|-------|-----------------------|-----------------------------|--|
| <input type="radio"/> | TODAS | <input type="radio"/> | RELACIONADAS CON EL DOMINIO |  |
|                       |       |                       |                             |  |
|                       |       |                       |                             |  |
|                       |       |                       |                             |  |
|                       |       |                       |                             |  |
|                       |       |                       |                             |  |
|                       |       |                       |                             |  |

**Al CLIENTE DESTINATARIO**

(si se trata de un cliente ya existente en nuestra organización, por favor, únicamente indique el nombre completo y firme mostrando su conformidad)

|                                                                                                                                                                                                                             |  |                     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|-----|
| Nombre cliente:                                                                                                                                                                                                             |  | CIF                 |     |
| (organización o persona física)                                                                                                                                                                                             |  | NIF:                |     |
| Contacto Titular: (nombre y apellidos)                                                                                                                                                                                      |  |                     |     |
| Teléfono:                                                                                                                                                                                                                   |  | Mail:               |     |
| Dirección Postal:                                                                                                                                                                                                           |  |                     | CP: |
| Localidad:                                                                                                                                                                                                                  |  | Provincia:          |     |
| Forma de pago, en caso de que opte por la modalidad de recibo domiciliado (no válida para la primera compra). En caso de no cumplimentar, el pago debe de completarse de alguna de las formas ofrecidas en el área cliente. |  |                     |     |
| IBAN: ES _____                                                                                                                                                                                                              |  | CÓDIGO SWIFT: _____ |     |

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**Firma** conforme en nombre y representación legal del **CLIENTE CEDENTE**.

**Firma** conforme en nombre y representación legal del **CLIENTE DESTINATARIO** que acepta en su integridad todos los términos y condiciones descritos en el/los contrato/s que amparan el/los servicios (suscripciones) traspasados declarando conocerlos en su integridad.

El presente formulario debidamente cumplimentado y firmado por las personas con capacidad legal bastante debe de ser remitido [ac@sopORTE.hosting](mailto:ac@sopORTE.hosting) adjuntando copias de ambos NIF y, en su caso, copia de los CIF de las organizaciones a las que representan los firmantes.