



SOLICITUD DE EMISIÓN DE CERTIFICADO DE REPRESENTANTE

Izenpe le informa que, a través de la cumplimentación de este formulario, la persona firmante,

- Solicita la emisión de un certificado electrónico vinculado a la organización que le posibilitará acreditar su identidad y firmar electrónicamente según lo determinado en la documentación disponible en www.izenpe.eus.
- Cuando utilice este medio para su identificación ante un servicio electrónico, Izenpe ofrecerá a la organización responsable del servicio el resultado de la misma.
- Declara que ha leído y acepta los Términos y Condiciones de uso de este medio de identificación publicadas en www.izenpe.eus/condicionesuso.

TIPO DE ORGANIZACIÓN Y SOPORTE

TIPO DE ORGANIZACION	SOPORTE		
<input type="checkbox"/> Entidad	<input type="checkbox"/> Tarjeta	<input type="checkbox"/> Token USB	<input type="checkbox"/> Software
<input type="checkbox"/> Entidad sin personalidad jurídica	<input type="checkbox"/> Tarjeta troquelada		

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE _ todos los datos son de cumplimentación obligatoria_.

Consiento a Izenpe el tratamiento de los datos de carácter personal referentes al medio de identificación solicitado cuya finalidad es verificar la identidad de personas físicas usuarias además de controlar la revocación y caducidad del medio.

- PRIMER APELLIDO*:
- SEGUNDO APELLIDO*:
- NOMBRE*:
- D.N.I./NIE:
- CORREO ELECTRÓNICO (esta dirección será utilizada para gestionar la posible revocación del certificado):
- TELÉFONO:

* Complimentar tal y como aparecen en el DNI/ NIE /Tarjeta de Residencia.

Cumplimente este apartado en el caso de que desee que los datos que figuren impresos en la tarjeta sean diferentes a los arriba indicados,

- PRIMER APELLIDO:
- SEGUNDO APELLIDO:
- NOMBRE:



SOLICITUD DE EMISIÓN DE CERTIFICADO DE REPRESENTANTE

AUTORIZACIÓN PARA VERIFICAR LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN

La persona solicitante autoriza a Izenpe a,

- Verificar los datos de su DNI/NIE (nombre, apellidos, número y fecha de caducidad) ante la Dirección General de la Policía.
- En caso contrario deberá aportar copia de su DNI/NIE.

DATOS DE LA ORGANIZACION _ todos los datos son de cumplimentación obligatoria_

- DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL:
- NIF:
- CORREO ELECTRÓNICO:
- DIRECCIÓN POSTAL (Calle, nº, piso, mano, código postal, localidad, provincia):
- DIRECCIÓN DE ENTREGA* (Calle, nº, piso, mano, código postal, localidad, provincia):
- DIRECCION A EFECTOS DE FACTURACIÓN (Calle, nº, piso, mano, código postal, localidad, provincia):

* Cumplimentar únicamente si es diferente a la Dirección Postal

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	Ziurtapen eta Zerbitzu Enpresa-Empresa de Certificación y Servicios, Izenpe, S.A. (Izenpe).
Finalidad	Expedición y gestión del ciclo de vida del medio de identificación solicitado.
Legitimación	Consentimiento de la persona interesada.
Destinatarios	No se prevé ceder o comunicar datos a terceros, salvo previsión legal, ni efectuar transferencias internacionales.
Derechos	<p>Derecho a a obtener confirmación sobre los tratamientos que de sus datos que se llevan a cabo por Izenpe.</p> <p>Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos así como a a retirar su consentimiento en cualquier momento y a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.</p> <p>Podrá ejercitar estos derechos mediante petición a la dirección postal C/ Beato Tomás de Zumárraga nº. 71, 1ª planta. 01008 Vitoria-Gasteiz o de manera electrónica datos@izenpe.eus tal y como se indica en la información adicional.</p>
Información adicional	Información adicional disponible en www.izenpe.eus/datos



SOLICITUD DE EMISIÓN DE CERTIFICADO DE REPRESENTANTE

FECHA Y FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

En el caso de **ADMINISTRACIÓN MANCOMUNADA**, deberá constar la firma de cada persona administradora mancomunada.

FECHA Y FIRMA DE LA PERSONA ADMINISTRADORA MANCOMUNADA	FECHA Y FIRMA DE LA PERSONA ADMINISTRADORA MANCOMUNADA
FECHA Y FIRMA DE LA PERSONA ADMINISTRADORA MANCOMUNADA	FECHA Y FIRMA DE LA PERSONA ADMINISTRADORA MANCOMUNADA

SELLO DE LA ORGANIZACIÓN que procede a la identificación