

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN BANCARIA PARA PAGOS A PRESTADORES DE SERVICIO DE SALUD

Señores
ARS Universal
Atención: División Médica

Ref. : Autorización para depositar en cuenta bancaria valores a pagar por servicios prestados

Estimados señores:

Tengo a bien autorizar a ARS Universal a acreditar los valores resultantes de las reclamaciones sometidas por nosotros, directamente en la Cuenta Bancaria del siguiente banco:

Popular BHD Reservas Republic Bank
 Citibank Santa Cruz León Progreso

Sucursal : _____

Cuenta a nombre de : _____

Cuenta No. : _____ Ahorros Corriente

Nombre del Prestador si es persona natural: _____

Razón Social si es persona jurídica: _____

Nombre del representante legal autorizado: _____

Cédula: _____

RNC si es persona jurídica: _____

Dirección: _____

Teléfono1: _____ Celular: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Favor anexar certificación del banco, indicando a quién pertenece la cuenta y el nombre de la misma.

Firma del proveedor o representante legal: _____

Para uso interno de ARS Universal:

Nombre del funcionario que recibe y fecha: _____

Con copia a la carpeta contrato prestación de servicios y envío original a Contabilidad
Sí () No ()