

TESORERIA

AUTORIZACIÓN DE ACREDITACIÓN EN CUENTA BANCARIA

 BENEFICIARIO NRO.

 LUGAR

 FECHA

Sr. Tesorero
 Sistema Integrado de Emergencias Prehospitalarias
 Cr. Christian Dumondin
 S ____ / ____ D

El (los) que suscribe
 en mi (nuestro) carácter de de
 CUIT con domicilio en
 AUTORIZO (AMOS) que todo pago que deba realizar esta Tesorería General, en cancelación de deudas a mi (nuestro) favor por cualquier concepto, sea efectuado en la cuenta bancaria que se indica:

BANCO			
SUCURSAL BANCARIA		NRO.	
DOMICILIO DE LA SUCURSAL			
CUENTA NRO.		TIPO DE CUENTA	
DENOMINACION DE LA CUENTA			
CBU NRO.			
E-MAIL			

Doy (damos) expresamente mi (nuestra) conformidad a que toda transferencia de fondos que efectúe esta Tesorería, a favor de esta cuenta bancaria, dentro de los términos y plazos contractuales dará por extinguida la obligación del deudor, por todo concepto, hasta el monto de tales transferencias.

ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR FIRMADO Y CERTIFICADO POR EL BANCO

Firma y sello solicitante	Firma y sello segundo solicitante	Certificación bancaria de la autenticidad de la firma

EL PRESENTE FORMULARIO SE DEBERÁ ACOMPAÑAR CON LA CONSTANCIA DE CBU EMITIDA Y CERTIFICAD POR EL BANCO.-