FORMATO AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO

Cooperativa de Profesionales Sanitas

NIT: 830 113 916 - 8

Ciudad: _____ Fecha: Día | Mes | Año No. de Radicación: _____

Información personal

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Tipo de documento: C.C. C.E. PAS N° de Identificación: _____ Dirección de residencia: _____

Teléfono de residencia: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Profesión o actividad: _____ Empresa donde labora: _____ Cargo: _____

Información de la entidad bancaria

Banco: _____ N° Cuenta: _____ Tipo de cuenta: Ahorros: ☐ Corriente: ☐ Ciudad: _____ Sucursal: _____

Si el titular de la cuenta es diferente al asociado principal, por favor confirme nombre y número de cédula.

Nombre del titular: _____ C.C.,C.E. ó PAS No.: _____

Anexar

* Formulario completamente diligenciado, con firma y huella, en original.
* Certificado de la cuenta bancaria.

Información legal

Autorizo a la entidad bancaria para que debite de mi cuenta y abone a la de la Cooperativa de Profesionales Sanitas (CPS) los fondos necesarios para pagar a esta mis obligaciones económicas por concepto de aportes, créditos, intereses, sanciones y las demás que sea deudor.
El valor a debitar será el informado periódicamente por la beneficiaria Cooperativa de Profesionales Sanitas (CPS) en la entidad bancaria acá autorizada. Asumo como no pagada una cuota cuando no existan fondos suficientes para atender el pago correspondiente y eximo a la entidad bancaria de cualquier responsabilidad por las consecuencias frente al beneficiario por esta razón. La presente autorización tiene vigencia mientras no les comunique por escrito a la CPS instrucciones en contrario.

Firma solicitante: _____

C.C.,C.E. ó PAS No.: _____

Huella índice derecho

Autorice su débito bancario, para que se haga efectivo a partir del mes siguiente.
Mayores informes en el teléfono 6197466