

	<b>AUTORIZACIÓN DE PAGO EN CUENTA DE TERCEROS</b>	CÓDIGO: GR-FO-003
		VERSIÓN: 001
		VIGENCIA: 2017-06-15

Fecha de autorización	dd		mm		aaaa	
-----------------------	----	--	----	--	------	--

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO	
Nombre completo del contratante	
Documento de Identidad	CC ____ CE ____ NIT ____ N° _____
Correo electrónico	

2. INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA	
Nombre del titular de la cuenta	
Documento de Identidad	CC ____ CE ____ NIT ____ N° _____
Tipo de cuenta	Ahorros ____ Corriente ____
Número de Cuenta	
Entidad bancaria	
Correo electrónico	

3. AUTORIZACIÓN DE PAGO	
Con mi firma autorizo que el dinero que Emermédica va a devolver al contratante aquí mencionado, sea consignado en mi cuenta bancaria (2. INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA).	
Titular de la cuenta bancaria	<b>Nombre:</b> _____  <b>Firma:</b> _____ <small>* Anexar fotocopia del documento de identificación.</small>
Contratante	<b>Nombre:</b> _____  <b>Firma:</b> _____