TRANSFERENCIA BANCARIAS

ASOCIACION DE MEDICOS
DE GRAL. SAN MARTIN Y 3 DE FEBRERO

AMSMY3F

APELLIDO Y NOMBRE

ALTA / BAJA

VIGENCIA DESDE

BAJA DESDE

ADJUNTAR CBU DE SU CTA. PERSONAL, EMITIDO POR EL BANCO O IMPRESO DE PAG. WEB

DATOS BANCARIOS

CBU Nº

CUIT Nº

TIPO Y Nº DE CUENTAS

CUENTA CORRIENTE PROPIA

Nº DE CUENTA

CAJA DE AHORRO

Nº DE CUENTA

DATOS DEL BANCO

DENOMINACION DEL BANCO

Nº DE SUCURSAL

MAIL DEL DESTINATARIO

COMPLETAR EN LETRA DE IMPRENTA CLARA Y MAYUSCULA

ACLARACIONES

CERTIFICADO BANCARIO DE CBU Debe contener los datos del CBU y el detalle del o los titulares de la cuenta, con firma y sello del banco respectivo. El titular de la cuenta debe ser la misma persona física / jurídica que brinda la prestación.

FIRMA Y ACLARACION DEL SOLICITANTE

Firmo conforme, y ratifico que mis datos declarados pertenecen a mi cuenta bancaria personal.

FIRMA

ACLARACION

FECHA

SECTOR DISCAPACIDAD

PASADO FACTURACION

FECHA

PASADO A:

FECHA

OBSERVACIONES: