



AUTORIZACIÓN PARA PAGO CON TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Yo, _____; Rut.: _____ en calidad de representante legal de la empresa _____, Rut. _____; **AUTORIZO**, al **SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE**; para que pague con transferencia electrónica bancaria, documentos por cobrar que existan con dicha entidad; en la siguiente cuenta que a continuación detallo:

Tipo de cuenta: Cta. Corriente Cta. Débito Cta. de Ahorro Cta. Vista

BANCO: _____

Nº CUENTA: _____

NOMBRE: _____

RUT EMPRESA: _____

MAIL: _____

En este acto, y de acuerdo a lo señalado en el artículo 7 de la ley N° 19.983, que regula la transferencia y otorga mérito ejecutivo a copia cedible de la factura, es que vengo en renunciar a la posibilidad de ceder dicha factura, para efectos de prevenir una duplicidad en el pago de la misma.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

Nota:

- Documento debe ser firmado ante Notario
- Adjuntar antecedentes que verifique facultad del Representante Legal, para firmar esta autorización.