



FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DE GMF - REEXPEDICIÓN DE TARJETA Y DÉBITO AUTOMÁTICO

Código:	FO-GC-10
Versión:	01
Fecha de Aprobación:	29/Nov/2017

GESTIÓN DE CRÉDITOS

Medio de Pago:	<input type="checkbox"/>	Nómina	<input type="checkbox"/>	Débito Automático	<input type="checkbox"/>	Ventanilla
Nombre completo:				Cédula:		
Dirección Residencia:					Ciudad:	
Teléfono Celular:			Teléfono Fijo :			
Empresa donde labora:						
Correo Electrónico:						
Autorizo a Coopcarvajal a descontarme por el concepto de:						
Descripción	N° Cuotas	Valor		Observaciones		
GMF - 4 x1000						
Reexpedición de tarjeta						
Número Obligación/Servicio	Banco		Número de Cuenta		Ahorro	Corriente
Antes de firmar, sírvase leer la siguiente información:						
<p>1. Autorizo en forma incondicional e irrevocable al pagador de la empresa a la cual presto mis servicios laborales, para que los dineros que me correspondan por concepto de salarios y/o prestaciones sociales, coloque a disposición de Coopcarvajal NIT: 890.300.634-6, la suma que aporte por los conceptos contenidos en el presente documento, por mi aceptados.</p>						
<p>2. Autorizo a Coopcarvajal NIT: 890.300.634-6, para solicitar mensualmente el débito automático sobre mi cuenta registrada en este documento, para pagar el valor correspondiente a las cuotas de mis obligaciones y/o servicios.</p>						
<p>3. El no descuento no exime el pago de las obligaciones y/o servicios con la Cooperativa en la fechas acordadas. Para el caso del débito automático, si este no es efectivo, el valor total debe ser cancelado por el deudor de forma inmediata.</p>						
FIRMA DEL ASOCIADO				HUELLA		

