

TIPO DE SOLICITUD

Original	
Cambio	
Cancelación	

**AUTORIZACION DE DEPÓSITO DIRECTO
ESTUDIANTE / SUPLIDOR**

NOMBRE:

_____ (Apellidos, Nombre e Inicial) (Letra de Molde)

DIRECCIÓN:

_____ (Calle, Núm. de Apartamento, Urbanización)

_____ (Ciudad, Estado y Código Postal)

ESTUDIANTE: NÚM. DE ESTUDIANTE _____ Núm. Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____	SUPLIDOR DE BIENES / SERVICIOS: NÚM. PATRONAL O SEGURO SOCIAL _____ Núm. Teléfono _____ Núm. Fax _____ Correo Electrónico: _____ Núm. de Registro Comerciante _____
---	---

AUTORIZO DEPOSITOS EN LA CUENTA EN REFERENCIA POR LOS SIGUIENTES CONCEPTOS: (marque X)

Reembolsos de Estudiantes _____	Estudio y Trabajo _____	Suplidor / Pago por bienes y servicios ofrecidos a la Universidad _____
---------------------------------	-------------------------	---

Nombre de la Institución Financiera:
Núm. de Ruta y Transito/Núm. ABA:
Núm. de Cuenta:
Nota: Incluir copia de identificación, cheque cancelado o carta de la institución financiera para validar su información.

CUENTA CORRIENTE CUENTA DE AHORRO

La **Universidad** mantendrá este documento vigente hasta que reciba notificación por escrito de la persona autorizada de cualquier cambio en la cuenta o cancelación de esta autorización. De efectuar algún cambio este debe ser notificado de tal forma y manera que permita a la **Universidad** y al **Banco** oportunidad razonable para actuar sobre la misma. **En caso de pagos incorrectos realizados por la Universidad, el Banco podrá debitar su cuenta para corregir el error.**

Nombre persona autorizada: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Trámite de este documento:

Estudiante: Oficina de Recaudaciones	Suplidor: Decanato de Administración y/o Correo electrónico: Osvaldo Rosado Email:orosado@inter.edu
--	--

Ver al dorso de este documento para información importante.