

AUTORIZACIÓN TRANSFERENCIA DAVILINEA EMPRESARIAL

Yo _____, identificado con
cedula de ciudadanía No. _____ en representación legal de
_____ con NIT No. _____ y en
ejercicio de la autonomía de la voluntad y con pleno consentimiento, AUTORIZO a
la Tesorería del HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E. para que los abonos que
se deba realizar correspondientes al contrato celebrado con el HOSPITAL sean
consignados en la cuenta (de ahorros o corriente) No,
_____ de (entidad bancaria) _____

Bogota D.C., _____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
C.C.