**FECHA:** ___ /___/___

**DATOS DEL PROVEEDOR (APELLIDO Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL):**

_____

**DATOS DE LA CUENTA BANCARIA:**

CUIT | | | – | | | | | | | | | – | |

C.B.U. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

TITULARES _____

(Como constan en el extracto bancario)

**ACEPTACIÓN**

Por la presente informo que a partir de la fecha acepto operar con el sistema de transferencias electrónicas, como medio de pago realizadas por la Obra Social, solicitando que dichos pagos se acrediten en la cuenta declarada por mí en este formulario.
Asimismo manifiesto que, teniendo en cuanta la presente aceptación, todos los montos transferidos por Hope a la cuenta declarada por mi los considerare en concepto de pagos con los efectos cancelatorios de pagos que los mismos implican y que he otorgado recibo por dicha circunstancia.

**FIRMA DEL TITULAR:**

**ACLARACIÓN:**

**TIPO Y Nº DE DOCUMENTO:**

**CONSULTAS**

Comunicarse al Tel. (011) 4815-0747 Tesorería (int.121/22)

**USO EXCLUSIVO DE HOPE**

NÚMERO DE PRESTADOR: | | – | | | | |

Nº ASIGNADO POR DATANET:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FECHA DE RECEPCIÓN: ___ /___/___

FECHA DE ALTA DATANET: ___ /___/___

FECHA DE ALTA SISTEMA: ___ /___/___