FORMULARIO DE ACREDITACIÓN EN CUENTA BANCARIA PRESTADOR DE DISCAPACIDAD

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre o razón social del prestador: _____ CUIT del prestador: _____

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA DONDE SE ACREDITARÁ EL PAGO DE LA PRESTACIÓN

Nombre del titular de la cuenta: _____

Alias (*): _____ (*Entre 6 y 20 caracteres, respetando mayúsculas y minúsculas).

Banco: _____ Nro. de cuenta: _____ Sucursal: _____

☐ Caja de Ahorro ☐ Cuenta Corriente ☐ Otras: _____

CBU: _____

CUIT Nro. _____ CUIL Nro. _____ CDI Nro. _____

(Completar la opción CUIT, CUIL, CDI que corresponda al titular de la cuenta).

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

_____	_____	_____
Fecha	Firma y sello del prestador o representante legal	Aclaración