

	FORMATO ACTUALIZACIÓN DE DATOS Y PAGOS POR TRANSFERENCIA ELECTRONICA	F(GF)014
		Versión: 2
		Mayo de 2020
		1 de 1

FECHA		
DIA	MES	AÑO

1. INFORMACION GENERAL

NOMBRE O RAZON SOCIAL		DOCUMENTO DE IDENTIDAD / NIT	
DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO / E-MAIL

2. INFORMACION BANCARIA

BANCO	CIUDAD	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE CUENTA

3. AUTORIZACIONES

Autorizo a Farmaquirurgicos JM SAS. a consignar en mi cuenta anterior relacionada, todos los pagos que dicha empresa tenga a nuestro favor, así mismo me comprometo a mantener actualizados los números de cuenta bancaria.

Atentamente;

FIRMA

SELLO ENTIDAD

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL
CC.

POR FAVOR ANEXAR RUT- CERTIFICADO DE LA CUENTA BANCARIA RELACIONADA EN ESTE FORMATO Y CAMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA MENOR A 30 DIAS