AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

SOCIOS ACTIVOS/JUBILADOS/HEREDEROS

Solicitamos que nos informe su Banco y el N° de su Cuenta Corriente (o Cuenta Vista) donde podamos realizar pagos de:

* Reembolsos bonificaciones médicas
* Asignaciones
* Otros beneficios

*(Por favor, completar el formulario con letra clara, legible y devolver firmado a Bienestar, presencialmente o escaneado al correo bienestar.personal@uchile.cl)*

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO |  |
| R.U.N. |  |
| N° CUENTA (Indicar Corriente o Vista) |  |
| BANCO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |
| TELÉFONO(S) |  |

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

R.U.N. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Santiago, …………………………………….