**ANEXO Nº 6**

**FORMULARIO SOLICITUD PARA PAGO ELECTRÓNICO**

**GOBIERNO REGIONAL REGIÓN DE COQUIMBO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **FECHA** | | |

**Señores:**

*Jefe de División de Administración y Finanzas*

*C.c: Jefe Departamento de Finanzas*

*Gobierno Regional Región de Coquimbo*

*Arturo Prat 350, La Serena - Fono 2207220.*

*Presente*

De mi consideración:

Por intermedio de la presente autorizo al Gobierno Regional Región de Coquimbo para abonar electrónicamente los pagos que me correspondan recibir de dicha institución en la siguiente cuenta:

Identificación Beneficiario Programa

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| NOMBRE | RUT | FONO - CONTACTO |
|  | | |
| DIRECCIÓN ELECTRÓNICA | | |
|  | | |
| DIRECCIÓN (calle o avenida, número, departamento, piso, comuna, ciudad) | | |

Identificación de la Cuenta Bancaria

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Cuenta Corriente |  |  |
| Cuenta de Ahorro |  |  |
| Cuenta Vista - Chequeras Electrónicas |  |  |
|  | Cuenta RUT |  |  |
| NOMBRE DEL BANCO | TIPO DE CUENTA. (seleccionar según corresponda marcando con una “X” ) | | Indicar  NÚMERO DE CUENTA |

Identificación del Representante Legal de la Empresa (solo para personas Jurídicas).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| NOMBRE | RUT | FIRMA Y TIMBRE |

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA AUTORIZACIÓN DE BENEFICIARIO |  |