**ANEXO Nº 9**

**FORMULARIO SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL CONVENIO DE PAGO ELECTRÓNICO DE PROVEEDORES DEL GOBIERNO REGIONAL REGIÓN DE COQUIMBO**

(Enviar completo al correo electrónico tesoreria@gorecoquimbo.cl

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **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 207220.*

*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 del Proveedor**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **NOMBRE O RAZON SOCIAL** | **RUT** | **GIRO (Solo llenar por personas Jurídicas)** |
|  | | |
| **DIRECCIÓN (calle o avenida, número, departamento, piso, comuna, ciudad)** | | |

**Identificación de la Cuenta Bancaria**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Cuenta Corriente** |  |  |
| **Cuenta de Ahorro a la Vista** |  |  |
| **Cuentas a Vista (Chequeras Electrónicas)** |  |  |
| **NOMBRE DEL BANCO** | **TIPO DE CUENTA**  (seleccionar según corresponda) | | **NÚMERO DE CUENTA** |

Asimismo, informo a Ustedes que autorizo a las siguientes personas para recibir la información sobre pagos electrónicos realizados en la cuenta indicada:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **NOMBRE** | **RUT** | **FONO/FAX** | **E-MAIL** |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA AUTORIZACIÓN |  |
| NOMBRE PERSONA QUE AUTORIZA |  |
| RUT PERSONA QUE AUTORIZA |  |