

FORMULARIO DE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL AFILIADO

NOMBRE COMPLETO DEL AFILIADO:

NÚMERO DE AFILIADO (Código):

NÚMERO DE C.I. (Carnet de Identidad):

DATOS FINANCIEROS

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO:

Debe ser el mismo de la persona que emite la factura

DIRECCIÓN:

NOMBRE DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

NÚMERO DE CUENTA:

NOTA IMPORTANTE:

TIPO DE CUENTA:

AHORROS

CORRIENTE

**ASEGÚRESE DE QUE SU CUENTA ESTÉ AUTORIZADA PARA RECIBIR
TRANSFERENCIAS**

Por favor cerciórese de que los datos suministrados sean correctos ya que si los datos no concuerdan con la información que se encuentra en las bases de datos de los bancos no podrán realizarse la transferencia de comisiones correspondientes por parte de 4LIFE RESEARCH S.R.L.

Firma: _____ **Fecha:** _____