

SOLICITUD PARA ACREDITACION DE PAGOS EN CUENTA BANCARIA

FORMULARIO T3 (Anexo 8)

El (los) que suscribe(n) **(1)**

DNI N° y **(2)**

DNI N° en mi (nuestro) carácter de

y de de la Institución

..... CUIT N° , fijando domicilio legal en

Calle N° Torre Piso Dpto.

Manzana Casa Barrio C.P.

Localidad Departamento

Provincia de Teléfono: (.....)

autorizo(amos) a que todo pago que deba realizar el GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA, en cancelación de deudas a mi(nuestro) favor por cualquier concepto, sea efectuado en la cuenta bancaria que se detalla a continuación:

Datos de la cuenta bancaria:

C.B.U.: (22 dígitos)

TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA:

Cuenta Corriente N° / Caja de Ahorros N°

Denominación de la cuenta:

Banco:

NOMBRE, NUMERO Y DOMICILIO

Sucursal

Titular(es) de la cuenta:

La transferencia de fondos a la cuenta arriba indicada tendrá plena validez cancelatoria respecto de los pagos a los que corresponda, prestando plena conformidad para ello como también se deja expresamente aceptado que a todos los efectos legales será tenida como fecha de pago aquella en que los fondos ingresen efectivamente en dicha cuenta. -

FIRMA AUTORIZADA (1)
ACLARACION _____
DNI: _____

FIRMA AUTORIZADA (2)
ACLARACION _____
DNI: _____

LUGAR Y FECHA:

..... de de 201.....

CERTIFICACION DE FIRMA Y/O PERSONERIA JURIDICA

CERTIFICO,
que la(s) firma(s) que antecede(n) pertenece(n) a: **(1)**.....
DNI N° y a **(2)**.....
DNI N° en su(s) carácter(es) de
y de de la Institución.....
.....
Ciudad de
Personería Jurídica.....
Acta de designación:

Doy Fe.

CONSULTAS EN LA OFI:

Ante consultas referidas sobre al **Programa** dirigirse a la **Oficina de Fortalecimiento Institucional (OFI)** para Centros de Jubilados, perteneciente a la Subsecretaría de Participación Comunitaria de la Secretaría de Equidad y de Promoción del Empleo.

Horario de Atención: De Lunes a Viernes de 8 a 20 hrs
Av. Juan B. Justo 3600 - Tel.: (0351) 4322900 (int. 2059)
centrosdejubilados@cba.gov.ar - <http://equidadyempleo.cba.gov.ar>