

AUTORIZACIÓN PARA DÉBITO AUTOMÁTICO



Amor y Alegría para Niños con Cáncer

INFORMACIÓN PERSONAL:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE																				
DOCUMENTO IDENTIDAD:	TIPO: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> °	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					
Dirección: _____		Teléfono 1: _____		Teléfono 2: _____																			
Ciudad: _____		Departamento: _____																					

INFORMACIÓN PARA EL DÉBITO:

Nombre Banco donde tiene la cuenta	Ciudad
TIPO DE CUENTA : Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> N° _____	
MONTO A DEBITAR: EL QUE CORRESPONDA A LA CUOTA DEL RESPECTIVO MES	

En mi condición de titular de la cuenta arriba indicada, declaro: **Primero:** Autorizo A Bancolombia para que debite de la cuenta aquí indicada el valor que corresponda a la cuota mensual de \$ _____ el día ____ de cada mes, y se la entregue a la FUNDACIÓN 8 ABRAZOS en la cuenta que para tal fin tenga abierta ésta con el Banco. Para el efecto me comprometo a mantener fondos suficientes en la cuenta indicada para cubrir las operaciones y a obtener la firma de parte de todos los titulares de la cuenta, en este documento o las copias del mismo que fueren necesarias, en su defecto a asumir las consecuencias que se deriven de no declarar la condición de manejo de firmas conjuntas de la cuenta, liberando a EL BANCO de toda responsabilidad. Como titular de la cuenta señalada declaro que conozco y acepto lo siguiente: 1. Que el débito automático autorizado se podrá hacer ordinariamente durante el tiempo y la oportunidad indicadas, siempre que la cuenta aquí señalada tenga fondos disponibles, que cubran el valor total de la cuota y que si el día no fuere hábil, el débito se hará el siguiente día hábil. 2. Que EL BANCO se abstendrá de hacer el débito si no existen fondos disponibles, que cubran el valor total de la cuota o si se presenta alguna causa que lo impida 3. Que si deseo autorizar a otro tipo o número de cuenta, o a otro Banco, debo cancelar el formato vigente y diligenciar una nueva autorización de recaudo. 4. Que puedo dar una orden de suspensión a la FUNDACIÓN 8 ABRAZOS para el servicio de Débito Automático, con quince (15) días de antelación a la fecha de aplicación del Débito. **Segundo:** Acepto que la FUNDACIÓN 8 ABRAZOS conserve el presente documento en su sede o sitio que considere pertinente para efectos de seguridad del mismo. **Tercero:** Ante cualquier error en la conversión electrónica de la AUTORIZACIÓN DE RECAUDO, efectuaré el reclamo único y exclusivamente a la FUNDACIÓN 8 ABRAZOS, en cuanto a ella corresponda.

Firma Titular _____

Fecha de autorización: _____