

Ciudad _____ Día _____ Mes _____ Año _____

Señores:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Colsanitas | <input type="checkbox"/> Fundación Universitaria Sanitas |
| <input type="checkbox"/> Medisanitas | <input type="checkbox"/> Promotora Inmobiliaria Sanitas |
| <input type="checkbox"/> Clínica Colsanitas | <input type="checkbox"/> Revista Bienestar |
| <input type="checkbox"/> Clínica Campo Abierto OSI | <input type="checkbox"/> Oftalmosanitas Cali |
| <input type="checkbox"/> Corporación Medica Social Sanitas | <input type="checkbox"/> Fundación Sanitas |
| <input type="checkbox"/> EPS Sanitas | <input type="checkbox"/> Clinica Iberoamerica |
| <input type="checkbox"/> Organización Sanitas Internacional | <input type="checkbox"/> Inversión Sector Salud |
| <input type="checkbox"/> Oftalmosanitas | <input type="checkbox"/> Salud Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Cecimin | <input type="checkbox"/> Optica Colsanitas |
| <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear Palermo | |

Ciudad _____

Apreciados Señores:

Con la presente autorizo para que el valor a pagar a partir de la fecha, por concepto de _____

se transfiera a mi cuenta bancaria relacionada a continuación: _____

Cuenta: Corriente De ahorros

Banco: _____

Cuenta No. : _____

Oficina : _____

Ciudad : _____

Solicito que el respectivo comprobante de pago, me sea enviado a la siguiente dirección electrónica (E-mail): _____

Adicionalmente deseo actualizar los datos personales para el envío de correspondencia:

Nombres y Apellidos completos o Razón Social:

Documento de Identificación: C.C. Nit No. _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Teléfonos: _____

Atentamente,

Nombre

Firma