

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN

NOMBRE: _____ PAGADURIA: _____

MM/ DD/AAAA	CONCEPTO	VALOR
TOTAL:		

☐

REQUIERO **TRANSFERENCIA** A MI CUENTA QUE YA TENGO REGISTRADA, Y/O ANEXO LA CERTIFICACIÓN BANCARIA A MI NOMBRE PARA SU REALIZACIÓN.

☐

REQUIERO **CHEQUE**, PERO AUTORIZO A COOPDISALUD PARA QUE PASADOS 45 DIAS DE EXPEDIDO Y NO ME HAYA ACERCADO A RECLAMAR, EL MONTO DEL MISMO SEA ABONADO A MIS APORTES.

NOTA: ESTA DEVOLUCION ESTA SUJETA A VERIFICACION

Firma: _____ Teléfono: _____

Cédula: _____ E-mail: _____

Dirección: _____

COOPDISALUD LTDA.

FECHA DE RECIBIDO DD/MM/AAA