

 COOPEXTRAISS Unidos logramos un mejor futuro	FORMATO PARA TRANSFERIR RECURSOS A TERCEROS NO ASOCIADOS FO-06 V.1
---	---

SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE FONDOS

Fecha: _____

Yo, _____ identificado (a) con la
cédula de ciudadanía número _____ de _____,
actuando en nombre propio autorizo a COOPEXTRAISS para que transfiera los recursos del crédito aprobado a
mi nombre a favor de:

Nombre del beneficiario del desembolso: _____

Identificación beneficiario: _____

Nombre representante legal si es a nombre de una empresa: _____

Dirección del beneficiario: _____ Barrio _____

Ciudad/Departamento _____

Correo electrónico: _____

Teléfono contacto _____

Si es mediante transferencia a cuenta bancaria:

Tipo de cuenta Ahorro () Cuenta corriente ()

Número de la cuenta: _____

Banco _____

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

“IMPORTANTE – Autorización de tratamiento de datos personales: Con el diligenciamiento y firma del presente formato usted autoriza a COOPEXTRAISS el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de todos los datos que nos suministra en el presente formato con la finalidad de cumplir con los procedimientos dispuestos por la Cooperativa para la transferencia de recursos originados por desembolsos de créditos y/o pago de bienes y servicios conforme a marco legal vigente.

Firma
Cédula No.

Huella
