



"Valorando vidas que enseñan"
"Año de la Innovación y la Competitividad"
RNC NO: 4-01-05266-2

RNC 401052662

Fecha: __/__/__

AUTORIZACION DE PAGO A PRESTADORES VIA TRANSFERENCIA BANCARIA

Autorizo a ARS SEMMA a realizar los pagos resultantes de las reclamaciones sometidas por quien suscribe, acreditándolos en la cuenta bancaria detallada en este Formulario.

Datos Generales del Prestador de Servicios de Salud (PSS)

*Nombre _____

Código PSS _____ **RNC/Cédula _____

Dirección _____

Tel. Oficina _____ Tel. Res _____

Tel. Celular _____ Correo Electrónico _____

Notas:

*El nombre del prestador debe coincidir con el que figura en el contrato con la ARS SEMMA.

**Los Prestadores Institucionales deben colocar su RNC y los que son personas físicas el numero de cedula.

Datos de la Cuenta Bancaria

Banco _____

No. de Cuenta _____

Tipo de Cuenta:

Corriente

Ahorro

Firma y Sello del Prestador