

AUTORIZACIÓN PAGOS A TERCEROS

FECHA

Año

Mes

Día

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

IDENTIFICACIÓN

Me permito autorizar a Cooperativa Alianza., para que se realice transferencia electrónica teniendo en cuenta la siguiente información.

Relacione el producto de donde salen los recursos:

Identificación		Nombre o Razón Social	Forma de Pago		Cuenta	
Tipo	Número					
NIT			Cheque		Numero	
C.C			Abono en Cuenta		Tipo CTE	AHORRO
OTRO					Entidad	
Ciudad/Dpto:			*Dirección:		Teléfono:	
Nombre del Representante Legal:			Número Identificación Representante Legal:			

Identificación		Nombre o Razón Social	Forma de Pago		Cuenta	
Tipo	Número					
NIT			Cheque		Numero	
C.C			Abono en Cuenta		Tipo CTE	AHORRO
OTRO					Entidad	
Ciudad/Dpto:			*Dirección:		Teléfono:	
Nombre del Representante Legal:			Número Identificación Representante Legal:			

Identificación		Nombre o Razón Social	Forma de Pago		Cuenta	
Tipo	Número					
NIT			Cheque		Numero	
C.C			Abono en Cuenta		Tipo CTE	AHORRO
OTRO					Entidad	
Ciudad/Dpto:			*Dirección:		Teléfono:	
Nombre del Representante Legal:			Número Identificación Representante Legal:			

Declaro que Cooperativa Alianza no será responsable de las demoras en los pagos a su cargo, cuando éstas obedezcan a causas de inhabilitación, acreditación o disponibilidad de la cuenta corriente o de ahorro, relacionada en este documento o cuando se presenten problemas o circunstancias imputables al o los titulares de la respectiva cuenta o terceros distintos de la Cooperativa Alianza.

En caso de ser de mas de tres pagos diligenciar otra autorización.

El valor del cheque(s) será cobrado al asociado que realiza la solicitud.

* Información opcional

De conformidad con lo previsto en Ley Estatutaria 1581 de 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y con el Decreto 1377 de 2013, "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012", autorizo, como titular de mis datos personales, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la COOPERATIVA ALIANZA, los cuales serán tratados con la finalidad de mantener, desarrollar y controlar la presente relación contractual y con base en la política de tratamiento, a la cual podré tener acceso correo electrónico protecciondedatos@becoop.coop o en la página www.becoop.coop.

De igual modo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a la COOPERATIVA ALIANZA a la dirección de correo electrónico protecciondedatos@becoop.coop, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar; o mediante correo ordinario remitido a la dirección, Carrera 12 No. 89-28 Piso 6 de la ciudad de Bogotá.

Cordialmente,

Nombres y Apellidos		Firma
Identificación		
Correo electrónico		
Celular		