



Título	Formulario de transferencia bancaria para pagos por los servicios prestados de los proveedores de servicios, prestadores de salud y reembolso a afiliados
Código	GFIN-FORM-001
Versión	02
	Fecha de aprobación: 23/08/2021

Señores

Seguro Nacional de Salud (SeNaSa)

Ref.: Autorización para depositar en cuenta bancaria valores a pagar por los servicios prestados de los proveedores de servicios, prestadores de salud y reembolso a afiliados.

Estimados señores:

Tengo a bien autorizar a la ARS SeNaSa, a acreditar los valores resultantes de la solicitud de pago, sometidos por mi persona, por el siguiente servicio:

- Servicios prestados de los proveedores de servicios,
- Servicios prestados de los prestadores de salud
- Reembolso a afiliados.

Estos serán directamente depositados en la cuenta bancaria siguiente:

Nombre del banco: _____

Cuenta a nombre de: _____

Cédula o RNC del beneficiario de la cuenta: _____

Cuenta número: _____ Tipo de Cuenta: Ahorro Corriente

Nombre del beneficiario final del pago: _____

Cédula o RNC del beneficiario final del pago: _____

Dirección: _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Favor anexar certificación bancaria, donde se evidencie el nombre y RNC/Cédula del titular. (Dichas Informaciones deben coincidir con lo registrado en nuestros sistemas)

Declaro que las informaciones contenidas en esta solicitud son correctas y autoriza a ARS SeNaSa a comprobar su veracidad en la forma que estime conveniente.

En caso de que la información provista en este formulario, contenga algún error para la transferencia bancaria SeNaSa no se hace responsable de la misma, la calidad de esta información es responsabilidad del solicitante, por lo que ARS SeNaSa solo es responsable de realizar la solicitud de acuerdo con lo establecido en este documento.

Firma del beneficiario y fecha

Sello

Firma del auxiliar de SeNaSa

Nota: Este documento debe estar sellado en los casos que la persona o institución cuente con uno.