

**SOLICITUD DE SERVICIO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD**

RTE20____ -

Instrucciones:

1. Completar el formulario con toda la información requerida en letra de molde.
2. Enviarlo por fax al 787-878-4376.

Fecha de Solicitud

--	--	--

INFORMACION DEL PROVEEDOR

Nombre del Proveedor		
Dirección Postal		Teléfono 1
		Teléfono 2
Pueblo	Zip Code	Fax
Correo Electrónico		

TIPO DE SERVICIO SOLICITADO

<input type="checkbox"/> Copia de cheque cancelado	<input type="checkbox"/> "Stop Payment" y Sustitución de Cheque
<input type="checkbox"/> Copia de remesas de pago y cheque	<input type="checkbox"/> Copia de la declaración informativa del año _____
Número de Cheque	Fecha del Cheque

Declaro que he examinado la información suministrada en esta solicitud, que soy la persona autorizada a recibir la información solicitada bajo el identificador personal antes descrito y que a mi mejor entender todo lo expuesto es correcto y verdadero. Autorizo a International Medical Card a tramitar la información a la dirección y/o teléfono en esta solicitud.

Nombre del Proveedor o Representante Autorizado	
Firma del Proveedor o Representante Autorizado	
Puesto	Fecha

PARA USO EXCLUSIVO REPRESENTANTE IMC

Solicitud <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Denegada	Banco
Razón	Record
Sustituido con Cheque	Cantidad Bruta
	Retención