

**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 |