

CORPORACION PARA CIEGOS

Mis ojos no ven tu ayuda, pero mi corazón la siente...



Mandato Pago Automático de Cuentas

CORPORACIÓN PARA CIEGOS

Por el presente instrumento, “el Mandante”, el cual se individualiza mas adelante, otorga el mandato e instruye al banco que se indica en este instrumento, para que éste proceda a pagar a Corporación para Ciegos, en adelante denominada “la Empresa”, por los cobros de servicios que esta le presenta, y mediante cargo en la cuenta bancaria que se señala al final de este instrumento.

El Mandante asume el compromiso de mantener los fondos disponibles en la cuenta bancaria señalada, incluidos los de su línea de crédito automática y/o línea de sobregiro si la tuviere, para cubrir estos cargos.

El presente mandato comenzará a regir a contar del mes en que la “la Empresa” informe en las boletas ó facturas de consumo que los montos de las mismas se cancelarán a través del sistema de pago electrónico de cuentas. Al efecto, en dichas cuentas de consumo “la Empresa” estampará la frase “acogido a Convenio de Pago Electrónico en Banco_____”.

El presente mandato se otorga por un plazo indefinido, sin perjuicio de que “el Mandante” pueda revocarlo notificando por escrito al banco con una anticipación mínima de 30 días corridos. Además el presente Mandato expirará en el evento que “el Mandate” cerrare la cuenta bancaria individualizada, o que ésta fuera cerrada por cualquier causa, motivo o circunstancia.

Se deja constancia de que este mandato vincula directamente a “el Mandante” con el Banco, quedando liberada “la Empresa” de cualquier responsabilidad, salvo en lo referido al suministro oportuno y coneccto de la información al Banco del Mandante para los cobros respectivos, caso en el cual el Banco quedará liberado de toda responsabilidad.

Datos del Mandante (titular de la Cuenta Bancaria)

Nombre:_____

Rut: _____Teléfono:_____

Tipo de Cuenta 1 .Corriente 2.Vista 3.Ahorro Vista

Tipo_____ N° Cuenta_____

Banco_____

Sucursal_____

Identificación del Servicio (Rut. de mandante)_____

Monto \$_____

Correo Electrónico_____

En, _____ a _____ de _____ de _____

Firma de “el Mandante”

Uso Exclusivo Banco

N° Mandato: _____

Receptor: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Cod.Convenio (CCA)

Dr Manuel Barros Borgoño 128, Providencia-Santiago •Fono: 235 6881 - 2357961 •
Fax: 235 9339

E-mail: adelreal@ciegos.cl ffuenzalida@ciegos.cl Página web: www.ciegos.cl