**AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA EN CUENTA BANCARIA**

**PRESTADOR DE SERVICIO**

Por el presente instrumento, el profesional individualizado mas adelante, autoriza a Bupa Servicios Clinicos S.A., filiales o coligadas para que procedan a depositar el monto correspondiente al pago de sus honorarios y/o asesorias efectuados en la clínica, informados en la liquidación de honorarios mensual entregada a cada profesional, mediante transferencia en cuenta bancaria que se señala a continuación:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

RUT:

TELÉFONO:

NÚMERO DE CUENTA:

BANCO:

TIPO DE CUENTA:

CORREO ELECTRÓNICO:

DIRECCIÓN:

Por lo anterior, el profesional se obliga al envío de Boleta o Factura Electrónica en los plazos establecidos por la institución, según liquidación de honorarios entregada.

LA NO entrega de las boletas en los plazos y formas señaladas, libera a Bupa Servicios Clínicos S.A. de la transferencia en la fecha acordada con el profesional, procediendo en su reemplazo a emitir cheque nominativo y cruzado el cual debe ser retirado directamente por el acreedor.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Representante Legal Bupa Servicios Clinicos S.A

Acreedor