



Instrucción de Pago por Transferencia Electrónica

 Día Mes Año

Solicito y autorizo a Metlife México, S.A. Para cualquier pago que proceda a mi favor derivado de la prestación de servicios que yo realice, me sea efectuado por transferencia electrónica de fondos, a partir de la recepción de la presente, y subsecuentes reclamaciones, para el efecto, proporciono los siguientes datos.

Nombre: _____

RFC: _____

Especialidad: _____ Cédula Profesional: _____

Número de cuenta: _____

Solo se podrá realizar a cuentas de ahorro, de cheques y tarjeta de debito

Sucursal N°: _____ Plaza N°: _____

Nombre del Banco: _____

Cuenta CLABE: _____

Cuenta de correo electrónico (email): _____

Lada: _____ Tel: _____

Estado: _____ Ciudad: _____

DELEGACION/MUNICIPIO

Al efectuarse el depósito o transferencia a la cuenta mencionada, por el monto que proceda de acuerdo a la carta de autorización previa, reconozco que se ha efectuado el pago y otorgo a Metlife México S.A., el más amplio finiquito que en derecho proceda para todos los trámites.

De igual manera, en caso de cancelación o cambio de cuenta será mi responsabilidad notificar por escrito, y presentar datos actualizados de la nueva cuenta bancaria al área autorizada por MetLife México S.A.

Importante: Es necesario que la cuenta señalada aparezca a nombre del proveedor médico y firme en ella de forma independiente (No mancomunada).

El que suscribe, solicita y autoriza a suministrar a MetLife México S.A. toda la información con relación a los datos requeridos para registrar la cuenta bancaria, los documentos de esta autorización deberán ser considerados tan efectivos y validos como el original.

 Nombre y Firma del Proveedor Médico.