

| | |
|--|--|
| <i>Para:</i> GALENO ART S.A. - Gcia. de Siniestros | <i>De:</i> _____ |
| <i>CUIT:</i> 30-68522850-1 <i>Nro. de Contrato:</i> _____ | <i>Razón Social:</i> _____ |
| <i>Fax N°:</i> 0800-333-0808 | <i>Fax N°:</i> _____ <i>Fecha:</i> _____ |
| <i>Ref.:</i> <input type="checkbox"/> <i>Alta de Clave Bancaria Uniforme</i> | <i>Páginas (inc. portada):</i> 1 |
| <input type="checkbox"/> <i>Modificación de Clave Bancaria Uniforme</i> | |

Por favor completar todos los datos que se adjuntan a continuación

Por medio de la presente autorizo a GALENO ART, CUIT N° 30-68522850-1 a realizar los correspondientes pagos electrónicos por los reintegros de ILT (Res. SRT 237/96) de empleados pertenecientes al

CUIT N°: _____

A la siguiente Cuenta Bancaria:

Número de C.B.U.: _____

Número de Cuenta: _____

Tipo de Cuenta: *Caja de Ahorro* *Cuenta Corriente*

Entidad Bancaria: _____

Número de Sucursal: _____

Titular de la Cuenta: _____

Se deberá adjuntar al presente, copia de la carátula del resumen bancario que confirme los datos de su cuenta detallados precedentemente.

Datos para comunicarse con su Empresa:

Nombre y Apellido de la persona de contacto: _____

Dirección de correo electrónico: _____

| | |
|----------------------------|---|
| <i>Aclaración</i> | <i>Firma del Empleador</i> <div style="border: 1px solid black; width: 240px; height: 100px;"></div> |
| _____ | |
| <i>Tipo y Nro. de Doc.</i> | |