

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA PAGOS ELECTRÓNICOS
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (PSS)

DATOS GENERALES

Nombre / Pss: _____

Rnc / Cédula: _____

Télefonos: _____

Dirección / Centro Médico: _____

Email Pss: _____

DATOS DE LA CUENTA

No. De Cuenta: _____

Cuenta De Banco: _____

Tipo De Cuenta: _____

Yo: _____

Fecha: _____

Autorizo a la ARS Yunen a realizar via electrónica los pagos por concepto de servicios de salud.

NOTA: Este formulario esta debidamente sellado y firmado por el médico y/o Centro Médico afiliado.

Av. Abraham Lincoln No. 849, Ens. Piantini, Sto. Dgo., Rep. Dom. Edificio Grupo Yunen. Tel.: (809) 540-0901 / (809) 334-3030 Fax: (809) 541-1009 www.arsyunen.com