

Hoja de Autorización para Deposito Directo

I. INFORMACION DEL PROVEEDOR

Apellidos	Nombre	Inicial
Nombre de la Corporación (si aplica)		
Núm. de NPI	Núm. De Tax ID	

II. INFORMACION DE LA CUENTA BANCARIA

Nombre Banco/Institución Financiera	Sucursal
Tipo de cuenta	
<input type="checkbox"/> Cheque	<input type="checkbox"/> Ahorro
Número de ruta	Número de cuenta bancaria
Nombre propietario de la cuenta bancaria	

III. AUTORIZACION DEL PROVEEDOR

Mediante la firma de este documento autorizo a FHCHS of Puerto Rico, Inc. a utilizar la información aquí suministrada para hacer la transición del recibo de pago a través de depósito directo a mi cuenta de banco.

Esta autorización permanecerá vigente hasta que se reciba previa notificación de alguna de las partes sobre la cancelación de la misma. De haber cambios en la información de la cuenta de banco o en la forma de pago, el Proveedor se compromete a notificar a FHC con al menos treinta (30) días de anticipación para que FHC pueda llevar a cabo el cambio solicitado.

Nombre	Núm. de licencia
Firma	Fecha

Favor devolver esta hoja completamente llena con un cheque nulo (VOID) por fax al (787) 294-1933, por correo electrónico a providerspr@uhsinc.com, o por correo regular a la siguiente dirección:

**FHCHS of Puerto Rico, Inc.
Departamento de Proveedores
17 Calle 2 Suite 520
Guaynabo, PR 00968-1750**

PARA USO EXCLUSIVO DE FHC

Oficial Autorizado Departamento de Finanzas de FHC	Fecha de registro
--	-------------------