



## Dirección Regional de Salud Moquegua

### CARTA DE AUTORIZACION

(Para el pago con abonos en cuenta bancaria del proveedor)

SEÑORES:

DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA

PRESENTE:

ASUNTO: Autorización para el pago con abonos en cuenta.

Por el medio del presente, autorizo a usted el pago de abonos en cuenta a la siguiente  
Codigo de Cuenta Interbancario (CCI) en SOLES:

NOMBRES Y APELLIDOS / RAZON SOCIAL	
RUC	
BANCO	
CUENTA CCI	
CELULAR	
CORREO ELECTRONICO	

MOQUEGUA, ..... DE..... 202.....

\_\_\_\_\_  
Firma

NOMBRES Y APELLIDOS: