

 <p>HOSPITAL "ELEAZAR GUZMAN BARRON" NUEVO CHIMBOTE</p>	<p>OFICINA DE ADMINISTRACION</p>	<p>UNIDAD DE LOGISTICA</p>
---	--------------------------------------	----------------------------

SOLICITUD DE REGISTRO DE CÓDIGO DE CUENTA INTERBANCARIA (CCI)

Señor(a) proveedor(a):

Con la finalidad de efectuar el pago por los bienes y/o servicios prestados a esta Entidad a través de transferencia bancaria, se solicita completar la siguiente información de manera legible, y adjuntar copia del documento que acredite la titularidad de la cuenta (por ejemplo: constancia bancaria, estado de cuenta u otro):

DATOS DEL PROVEEDOR

- **Razón Social / Nombre completo:**
- **RUC / DNI:**
- **Teléfono de contacto:**
- **Correo electrónico:**

DATOS BANCARIOS

- **Entidad financiera:**
- **Tipo de cuenta:** (Corriente / Ahorros)
- **Número de cuenta:**
- **Código de Cuenta Interbancaria (CCI):**

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento que la información proporcionada es verídica, que soy titular de la cuenta señalada, y autorizo el uso de la misma para fines de pago por parte de [Nombre de la Entidad].

Lugar y fecha:

Firma del proveedor:

Nombre completo:

DNI:
