



MANDATO DE PAGO
Prestadores Modalidad Libre Elección



Yo, _____ RUT * _____,
autorizo al Fondo Nacional de Salud efectuar el pago de sobres en cobranza por prestaciones
médicas realizadas por el prestador, RUT (Institución o profesional) _____,
mediante:

Abono en Cuenta

N°** _____

Banco _____

Tipo de Cuenta*** _____

Este mandato deberá ser revocado en forma escrita, al momento de desistir de este servicio.
_____ de _____ 2020.

Firma _____

* La actualización de este mandato de pago puede ser realizada **solo** por el titular de las cobranzas o representante legal.

**Los abonos se realizarán sólo en aquellas cuentas bancarias en que el prestador sea titular.

***Se debe especificar si la cuenta es Corriente, Cuenta de Ahorro, Vista, chequera Electrónica o Cuenta Rut.

Importante:

Este mandato invalida al anterior. La transcripción de datos en este formulario debe ser legible.