

CARTA AUTORIZACIÓN

Arequipa,

2025

Señores

Gerencia Regional de Salud Arequipa

Unidad Ejecutora 765 – Gerencia Regional de Salud Arequipa

Asunto: Autorización para el pago con abonos en cuenta

Por medio de la presente, comunico a Ud. que el número del Código de Cuenta Interbancario (CCI) de la empresa que represento es el (n° cc)....., (nombre representante legal)....., agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente de manera que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el **BANCO**

Asimismo, dejo constancia que la factura a ser emitida por el suscrito (o mi representada) una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio quedará cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe de la referida factura a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

Firma

Nombre Representante Legal

Nombre comercial

RUC N°:

TELEFONO:

CORREO ELECTRONICO: