

FORMATO SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE DINERO

GOLD MEDICAL – JOSE MANUEL PIZARRO

Barranquilla, Atlántico, _____ de 20_____

Señores:

JOSE MANUEL PIZARRO
GOLD MEDICAL
E. S. D.

Yo, _____, identificado(a) con tipo y número de documento _____ expedido en _____, me dirijo a ustedes para solicitar la devolución de los pagos efectuados el día _____ del mes de _____ del año _____, contenidos en (Recibo de caja, Consignación Bancaria, Transferencia Bancaria) No. _____ por valor de _____ (\$ _____), los cuales fueron entregados para la realización de los siguientes servicios:

MOTIVOS DE LA DEVOLUCIÓN:

DECLARACIONES: Entiendo que la presente solicitud de devolución se realizará conforme a las políticas de devolución adoptadas por **GOLD MEDICAL**, las cuales son de mi conocimiento y acepto.

INFORMACIÓN PARA EFECTUAR DEVOLUCIÓN, EN CASO DE SER APROBADA:

Entidad Bancaria: _____
N° de Cuenta: _____
Dirección: _____
Tipo de Cuenta: Ahorros (☐) Corriente (☐)
Titular de la Cuenta: _____
Teléfono: _____

EN CASO DE SER UNA DEVOLUCIÓN INTERNACIONAL, DEBERÁ SUMINISTRAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Nombre del Titular de la Cuenta: _____

Apellidos del Titular de la Cuenta: _____
Dirección del Titular de la Cuenta: _____
Ciudad: _____
Estado: _____
Zip Code: _____
Routing Number: _____
Account Number: _____
Tipo de Cuenta: _____

IMPORTANTE: Adjuntar documentos que soporten la solicitud:

1. Copia de recibo de pago, consignación o transferencia bancaria.
2. Constancia de certificación bancaria de la cuenta a la cual se efectuará la devolución.
3. Pruebas o documentos que sustenten la solicitud de devolución.

Cordialmente,

C.C. N° _____
Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN A TERCEROS PARA RECLAMO DE DINERO

Nombre y Apellido del Autorizado: _____
Tipo de Documento de Identificación: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT. ☐
N° de Documento: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

INFORMACIÓN PARA EFECTUAR DEVOLUCIÓN:

Efectivo: Valor: _____
Consignación Bancaria: Valor: _____
Entidad Bancaria: _____
Tipo de cuenta: Ahorros ☐ Corriente ☐
Número de Cuenta: _____
Titular de la Cuenta: _____

DOCUMENTOS SOPORTE:

1. Copia de cédula de ciudadanía del tercero autorizado.
2. Copia de certificación bancaria del tercero autorizado.

DECLARACIÓN: Por medio del presente, yo _____,
autorizo que el dinero entregado por **JOSE MANUEL PIZARRO – GOLD MEDICAL** en virtud de esta
solicitud de devolución, sea entregado a la persona indicada anteriormente en efectivo o transferencia
bancaria.

Cordialmente,

C.C. N° _____

Teléfono: _____