

Alliance for Children
Depósito Directo

Nombre de la Proveedoradora: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN PARA PAGO DIRECTO

Yo autorizo a Alliance for Children para iniciar pagos electrónicos a:
(Marque solo uno)

Cuenta de cheques o Cuenta de Ahorros

Yo acepto que el origen de la transacción ACH a mi cuenta debe obedecer la provisión de la ley de los Estados Unidos. Este poder permanece en efecto hasta que yo lo haya cancelado por escrito.

****Por favor, adjunte un cheque cancelado o un talonario de depósito cancelado**

Nombre(s) que aparece en la Cuenta – (deletree bien) _____

Nombre de la Institución Financiera (Banco o Credit Union) _____

Oficina / Rama (locación y/o nombre) _____

Institución Financiera (Banco o Credit Union) Ciudad y Estado _____

Número de Cuenta de la Institución Financiera (Banco o Credit Union) _____

Institución Financiera (Banco o Credit Union) Número del Transito (9 números) _____

Firma _____ Fecha _____