

DATOS ASOCIADO

Tipo de Servicio:		Fecha:	
Nombres y Apellidos:			
Nro. Documento:			
Dirección Oficina:			
Ciudad Oficina:			
Teléfono Oficina:		Celular Oficina:	
Dirección Residencia:			
Ciudad Residencia:			
Teléfono Residencia:		Celular Personal:	
Email Personal:			
Consumo Aprobado \$		Número de Cuotas	

OBSERVACIONES

LEY DE HABEAS DATA

Autorizo a FEDESCO, para que con fines estadísticos de información comercial y de evaluación de riesgos en la realización de negocios financieros, reporte, procese, consulte y divulgue a la Asociación Bancaria o cualquier entidad que maneje base de datos afines, todo lo relativo a mis transacciones financieras. Dicha autorización permanecerá vigente hasta la extinción de todas las obligaciones a mi cargo de ello durante el plazo máximo que para el efecto autorizan la ley o la jurisprudencia.

Autorizo plenamente para que los descuentos pertinentes se efectúen a través de nómina, o en su defecto de la liquidación definitiva de sueldos y prestaciones sociales con mi empleador.

Nota: En caso de ser Asociado no SLB, me comprometo a realizar el pago de acuerdo a las condiciones y fechas establecidas por la Entidad.

Firma

Huella Índice Derecho