



POLÍTICA PARA DEVOLUCION DE DINERO

SOLICITUD DEVOLUCIÓN DE DINERO

Fecha

--	--	--

Señores

INGENIERIA HOSPITALARIA SAS

CIUDAD

Por medio de la presente yo _____ Identificado (a)

Con CC. _____ solicito la devolución del dinero pagado correspondiente a la Factura

_____ a nombre de la Empresa _____ con NIT. _____

Valor de _____.

Describo el motivo:

Documentos anexos:	Copia de la factura	Si ___ No ___
	Copia de la consignación	Si ___ No ___
	Fotocopia de la cedula	Si ___ No ___
	Otros _____.	

Favor realizar la devolución a la Cuenta Corriente _____ Ahorros _____

Numero: _____ BANCO _____

A nombre de: _____.

C.C./NIT _____

Nombres y Apellidos: _____

Firma del solicitante y/o Autorizado _____

C.C. _____ Teléfono _____

Huella

--