



**AUTORIZACION PARA TRANSFERENCIA ELECTRONICA**

Nombre:	Número de Seguro Social:
---------	--------------------------

Autorizo al Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico acreditar a la cuenta de banco que se indica a continuación la cantidad de \$25.00 por concepto de reembolso notaria requerida en la Solicitud para Certificación de Telemedicina para el Proyecto de Telemedicina (CRF Telemedicine Program)

Nombre del Banco:	Número de Ruta:
Ciudad:	Sucursal:
Número de Cuenta:	Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Ahorros

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha