



AUTORIZACION PARA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

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 \$250 por concepto de certificado de Telemedicina del 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