



Formulario de Incorporación N° .....

## MANDATO BANCARIO PARA PAGO AUTOMÁTICO DE CUENTAS

*(Llenar todos los campos solicitados. Sólo se aceptan datos del TITULAR DE LA CUENTA).  
(No se aceptan enmendaduras de ninguna especie a este Mandato. Firmarlo en 1 sólo ejemplar).*

Por el presente instrumento, "el Mandante" que se individualiza mas adelante, titular de la Cuenta que se identifica, otorga mandato e instruye al Banco de Crédito e Inversiones, para que éste proceda a pagar a "FUNDACIÓN CRECIENDO CON ALERGIAS ALIMENTARIAS" UF que se realizará mensualmente, mediante cargo en la cuenta bancaria que se señala al final de este instrumento.

El Mandante asume el compromiso de mantener los fondos disponibles en la cuenta bancaria señalada, incluidos los de su línea de crédito automática y/o línea de sobregiro si la tuviere, para cubrir estos cargos.

El presente mandato comenzará a regir a contar del mes en que "la Corporación" informe electrónicamente al Banco, el monto que se señala más adelante a través del sistema de pago electrónico de cuentas.

El presente mandato se otorga por un plazo indefinido, sin perjuicio de que "el Mandante" pueda revocarlo notificando por escrito al la FUNDACION CRECIENDO CON ALERGIAS ALIMENTARIAS. Además el presente Mandato expirará en el evento que "el Mandante" cerrare la cuenta bancaria individualizada, o que ésta fuera cerrada por cualquier causa, motivo o circunstancia.

Se deja constancia de que este mandato vincula directamente a "el Mandante" con "LA FUNDACION", quedando liberado "EL BANCO" de cualquier responsabilidad, salvo en lo referido al suministro oportuno y correcto de la información de los cargos efectuados por cuenta del Mandante.

### CONVENIO BCI : N°

#### Datos del Mandante (titular de la Cuenta Corriente Bancaria)

**Nombre del Titular de la Cuenta:** \_\_\_\_\_

**Rut del Titular de Cuenta:** \_\_\_\_\_ -- **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Cuenta Corriente N°:** \_\_\_\_\_ **Banco:** \_\_\_\_\_ **Sucursal:** \_\_\_\_\_

**Cuenta Vista N°:** \_\_\_\_\_ **Banco:** \_\_\_\_\_ **Sucursal:** \_\_\_\_\_

( Debe adjuntar fotocopia C.I.)

IDENTIFICADOR \_\_\_\_\_  
(RUT del Titular, sin punto singuion)

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular de la Cuenta

USO EXCLUSIVO DEL BANCO		
No. de Mandato:	Fecha:	Cod. Conv. (CCA):0750210000 (Cuotas Beneficiencia)
Receptor:	Firma:	