

FORMATO DE SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE DINERO

Bogotá D.C. ____ de _____ de 202_

Señores
CIRUPLASTIA S.A.S.
E.S.D.

Yo, _____ mayor de edad, identificado(a) con _____ numero _____ de _____, me dirijo a ustedes para solicitar de manera respetuosa la devolución de los pagos efectuados hasta el día ____ de _____ de 202_, el cual se refleja en el (los) recibo(s) de caja, consignación(es) o transferencia(s) bancaria(s) _____ por un valor total de _____ (\$ _____) los cuales fueron entregados con objeto de desarrollar los siguientes procedimientos

_____ los cuales fueron contratados bajo el número de contrato _____.

Así mismo, me permito manifestar que el motivo de la devolución es _____

_____. Por lo anterior, entiendo que la presente solicitud de devolución se realizará acorde a lo estipulado en las políticas de devolución adoptadas por la empresa, las cuales son de mi conocimiento y acepto en su totalidad.

Finalmente declaro que la información para realizar la devolución del dinero es la siguiente:

Entidad Bancaria: _____ **Tipo de Cuenta:** Ahorros _____, Corriente _____
No. de cuenta: _____ **Titular de la cuenta:** _____
Tipo de identificación del titular de la cuenta _____
Número de identificación del titular de la cuenta _____

Documentos Adjuntos:

1. Copia del documento de identidad del solicitante.
2. Copia de la certificación bancaria con vigencia de 30 días de la cuenta relacionada en esta solicitud.
3. Copia del soporte de los pagos realizados.

Atentamente,

(Nombre del solicitante)

Dirección: Carrera 15 # 92 – 29 Consultorios 801 y 802
Tel: 6017662222 – Móvil: (+57)3222227777 / (+57) 3142997288

Correo: administracion@ciruplastia.com
www.doctormonroy.com / www.ciruplastia.com

Bogotá, Colombia

Tel:
Correo electrónico

AUTORIZACIÓN A TERCEROS PARA RECLAMO DE DEVOLUCIÓN DE DINERO

Bogotá D.C. ____ de _____ de 202_

Señores
CIRUPLASTIA S.A.S.
E.S.D.

Yo, _____ mayor de edad, identificado(a) con
_____ numero _____ de _____, por
medio del presente me permito autorizar a _____ mayor de edad,
identificado(a) con _____ numero _____ de
_____, para que en mi nombre reclame los conceptos y los valores consignados en el
formulario de devolución de dinero adjunto.

De esta manera declaro que autorizó a CIRUPLASTIA S.A.S. a que entregue el dinero en virtud de la solicitud
de devolución de dinero adjunta y que sea entregado a la persona indicada en el párrafo anterior

Por lo anterior, me permito adjuntar a esta autorización:

1. Copia del documento de identidad del tercero autorizado.
2. Copia del documento de identidad de quien autoriza.
3. Copia de la certificación bancaria con vigencia de 30 días de la cuenta relacionada en el formulario de
devolución de dinero.
4. Copia del soporte de los pagos realizados por el que autoriza.
5. Copia del Registro civil de nacimiento que demuestre parentesco en caso de DEVOLUCIÓN POR
FALLECIMIENTO.

Atentamente,

(Nombre del solicitante)

Tel:
Correo electrónico

Dirección: Carrera 15 # 92 – 29 Consultorios 801 y 802
Tel: 6017662222 – Móvil: (+57)3222227777 / (+57) 3142997288

Correo: administracion@ciruplastia.com
www.doctormonroy.com / www.ciruplastia.com

Bogotá, Colombia

Dirección: Carrera 15 # 92 – 29 Consultorios 801 y 802
Tel: 6017662222 – Móvil: (+57)3222227777 / (+57) 3142997288
Correo: administracion@ciruplastia.com
www.doctormonroy.com / www.ciruplastia.com
Bogotá, Colombia