

**Señores Sistema de Atención de la Salud****Consejo Profesional de Ciencias Económicas de Entre Ríos**

Quien suscribe....., Matrícula/Afiliado N° ..... autoriza por la presente, al Consejo Profesional de Ciencias Económicas de Entre Ríos – Sistema de Atención de la Salud, a acreditar los importes correspondientes a las solicitudes de reintegro presentadas, en la cuenta bancaria que detallo a continuación y de la cual soy titular:

<b>Tipo de cuenta</b>	
<b>Nº de Cuenta</b>	
<b>Nº de CBU</b>	
<b>Banco</b>	
<b>CUIT</b>	
<b>Alias</b>	
<b>Correo electrónico</b>	

.....  
**Firma y sello del profesional**