



FORMATO DE DEVOLUCIÓN DE DINERO.

CÓDIGO: CCIQ – DD – F-01

VERSIÓN: 01

PÁGINA: 1 de 1

CIUDAD: _____ FECHA: _____

Señores

COLEGIO COLOMBIANO DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA – COLDINSQUI

Yo, _____ identificado(a) con _____
Nº _____ solicito la devolución de (valor en
letras) _____ \$ _____ por concepto de
_____ pago realizado en la Cuenta Nº _____ del Banco
_____ a nombre del Colegio Colombiano De Instrumentación Quirúrgica.

Por la siguiente razón: _____

Declaro bajo gravedad de juramento que la información descrita anteriormente es verídica y que es la primera vez que realizó este tipo de solicitud ante el Colegio Colombiano de Instrumentación Quirúrgica.

Firma: _____

Escriba los datos para devolución en caso de aprobación:

Entidad bancaria:	Tipo de cuenta:
Nº de cuenta:	
Nombre completo del titular:	

Adjuntar los siguientes documentos a la solicitud

- Recibo de consignación con el sello y/o timbre de la entidad bancaria o comprobante electrónico de la transacción.
- Documento de identificación del solicitante por ambas caras.

Nombre del solicitante
Dirección
Teléfono
Departamento
Municipio
Correo electrónico.

En caso tal que la solicitud sea aprobada se realizará una transacción electrónica en los siguientes 15 días hábiles posteriores a la aprobación.

Espacio de uso exclusivo para el Colegio Colombiano de Instrumentación Quirúrgica

APROBADO

NO APROBADO

--

Fecha de aprobación:	Funcionario:
----------------------	--------------