



**MANDATO PAGO AUTOMÁTICO DE CUENTAS
(entréguelo en la Fundación Niños Piel de Cristal)**

Por el presente instrumento, "el Mandante", el cual se individualiza mas adelante, otorga el mandato e instruye al Banco que se indica e este instrumento, para que éste proceda a pagar a FUNDACION NIÑOS PIEL DE CRISTAL, en adelante denominada "la Empresa", por los cobros de servicios que ésta le presente, y 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 Empresa" informe en las boletas ó Facturas de consumo que los montos de las mismas se cancelarán a través del sistema de pago electrónico de cuentas. Al efecto, en dichas cuentas de consumo "la Empresa" estampará la frase "acogido a Convenio de Pago Electrónico en Banco Chile.

El presente mandato se otorga por un plazo indefinido, sin perjuicio de que "el Mandante" pueda revocarlo notificando por escrito al Banco con una anticipación mínima de 30 días corridos. 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 el Banco, quedando liberada "la Empresa" de cualquier responsabilidad, salvo en lo referido al suministro oportuno y correcto de la información al Banco del Mandante para los cobros respectivos, caso en el cual el Banco quedará liberado de toda responsabilidad.

Datos del Mandante (Cliente titular de la Cuenta Bancaria)

Nombre : _____

Rut.: _____ Teléfono: _____

Tipo de Cuenta 1. Corriente 2. Vista

Tipo ___ N° Cuenta _____ Banco _____ Sucursal _____

Monto: \$ _____

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma de "el Mandante"

Uso Exclusivo Banco

Nº Mandato _____ Receptor _____

Fecha _____ Firma _____

Cod. Convenio (CCA) _____