



# MUNICIPALIDAD DE SALLIQUELÓ

02394-480066 int. 25 (Tesorería)  
tesoreria@salliqueló.mun.gba.gov.ar  
Av. 9 de Julio y Rivadavia  
(6339) Salliqueló - Pcia. de Buenos Aires

## AUTORIZACION DE ACREDITACION EN CUENTA BANCARIA

Beneficiario Nro. \_\_\_\_\_

Salliqueló, ..... de ..... de 20 .....

**Sr. Tesorero Municipal**

-----  
S / D

El(los) que suscribe(n) ..... en  
mi(nuestro) carácter de .....de.....

CUIT N° ..... con domicilio en .....

autorizo (amos) que todo pago que deba realizar esa Tesorería General , en cancelación de deudas a  
mi(nuestro) favor por cualquier concepto, sea efectuado a la cuenta bancaria que se indica:

**Banco:** .....

**Sucursal Bancaria:** ..... N° .....

**Domicilio Sucursal Bancaria:** .....

**Cuenta N°:** ..... **Tipo:** ..... **CBU:** .....

**Denominación:** .....

Doy(damos) expresamente mi(nuestra) conformidad a que toda transferencia de fondos que efectué esa  
Tesorería General, a favor de esta cuenta bancaria dentro de los términos y plazos contractuales, dará por  
extinguida la obligación del deudor, por todo concepto, hasta el monto de tales transferencias.

-----  
**Firma y Aclaración Primer Solicitante**

-----  
**Firma y Aclaración Segundo Solicitante**

CERTIFICACION BANCARIA de los datos de la cuenta indicada precedentemente y de las firmas que  
antecedan.