

AUTORIZACIÓN PARA PAGO VIA EFT/SERVICIO DE PAGO DE FACTURAS

INCLUIR TODAS LAS FACTURAS Y LA SOLICITUD DE PAGO ORIGINAL FIRMADA

Fecha _____

Nombre del proveedor de servicio _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Teléfono (_____) _____ Correo electrónico _____

Cuenta del presupuesto _____

Razón para el pago _____

Cuenta para el pago _____

Cantidad del pago _____

Solicitado por _____

Autorizado por _____ Fecha _____
(Persona autorizada para firmar cheques)Autorizado por _____ Fecha _____
(Persona autorizada para firmar cheques)

Este formulario debe estar firmado por dos personas autorizadas a firmar cheques antes de que se pueda iniciar cualquier transferencia/transacción. Se aceptarán copias firmadas por fax.

Para uso del tesorero de la PTA: Actividad aprobada por la membresía Fondos autorizados por la membresía Gasto aprobado por la Mesa Directiva

Fecha transacción	Número transacción
-------------------	--------------------

Fecha de aprobación en las actas: _____ Firma de la secretaria: _____

08/2017