



## Opción de Pago Para Proveedor

Nombre de Proveedor: \_\_\_\_\_

Número de identificación de empleador \_\_\_\_\_

Numero social de proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**El Children's Cabinet Ofrece tres opciones de pago diferentes. Por favor marque la que desea aplicar:**

Por favor enviar mi cheque a la dirección que aparece arriba

Por Favor agregarme a la lista de recoger cheques (Solo en la oficina de la Rock)

Yo autorizo a las siguiente persona/personas para ser adicional a la lista de recoger cheques.

**Adjunte copia de identificación Tipo:** \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_  ID adjunto

Nombre \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_  ID adjunto

Por favor elimine las siguiente persona/personas de la lista para recoger cheques.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo elijo que mi cheque sea depositado directamente

Cuenta de Cheques

cuenta de Ahorros

**Por favor adjunte cheque anulado o forma directa verificación de depósito de banco**

**No adjuntar notas de ingreso como los números son diferentes de su cuenta**

**Estoy de acuerdo que esta autorización se mantendrá en efecto hasta que entregue la notificación prescrito cancelando este servicio**

**Nombre Impreso**

**Firma Autorizada**

**Fecha**

**Por favor enviar el formulario junto con una copia de su licencia de conducir o identificación del estado a:  
The Children's Cabinet · Attn: Finance 1090 S. Rock Blvd · Reno, NV 89502**