

**FORMATO SOLICITUD DEVOLUCION DE DINERO  
BG GROUP MEDICAL S.A.S.**

Barranquilla, Atlántico, \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Señores:

**BG GROUP MEDICAL S.A.S.**

E. S. D

Yo; \_\_\_\_\_,  
identificado (a) con tipo y número de documento:  
\_\_\_\_\_ expedido en:  
\_\_\_\_\_, me dirijo a ustedes para solicitar la  
devolución de los pagos efectuados el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_  
del año \_\_\_\_\_, contenidos en (Recibo de caja, Consignación Bancaria,  
Transferencia Bancaria) No. \_\_\_\_\_ por valor de  
\_\_\_\_\_ (\$ \_\_\_\_\_),  
los cuales fueron entregados para la realización de los siguientes  
procedimientos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**MOTIVOS DE LA DEVOLUCIÓN:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**DECLARACIONES:** Entiendo que la presente solicitud de devolución se realizará acorde a lo estipulado en las políticas de devolución adoptadas por la empresa, las cuales son de mi conocimiento y acepto.

**INFORMACIÓN PARA EFECTUAR DEVOLUCIÓN, EN CASO DE SER APROBADA MI SOLICITUD:**

Entidad Bancaria: \_\_\_\_\_

Nº de Cuenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta: Ahorros (\_\_\_) Corriente (\_\_\_)

Titular de la Cuenta: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_



DRA. ELIANA GARCÉS  
CIRUJANA PLÁSTICA

**EN CASO DE SER UNA DEVOLUCIÓN INTERNACIONAL, DEBERÁ SUMINISTRAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

Nombre del Títular de la Cuenta: \_\_\_\_\_

Apellidos del Títular de la Cuenta: \_\_\_\_\_

Dirección del Títular de la Cuenta: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Zip Code: \_\_\_\_\_

Routing Number: \_\_\_\_\_

Account Number: \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Adjuntar documentos que soporten la solicitud:

1. Copia de recibo de pago, consignación bancaria o transferencia bancaria.
2. Constancia de Certificación Bancaria de la cuenta a la cual se le efectuará la devolución.
3. Pruebas que pretendo hacer valer para sustentar mi solicitud de devolución.

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
**C.C. N°**

**Telefono:**

## AUTORIZACION A TERCEROS PARA RECLAMO DE DINERO

Nombre y Apellido de Autorizado: \_\_\_\_\_

Tipo de Documento de Identificación: C.C.  C.E.  NIT.

Nº de Documento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PARA EFECTUAR DEVOLUCIÓN:

Efectivo:  Valor: \_\_\_\_\_

Consignación Bancaria:  Valor: \_\_\_\_\_

Entidad Bancaria: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta: Ahorros (\_\_\_) Corriente (\_\_\_)

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Titular de la Cuenta: \_\_\_\_\_

### DOCUMENTOS SOPORTES:

1. Copia cedula de ciudadanía del tercero autorizado.
2. Copia de Certificación bancaria del tercero autorizado.

**DECLARACIONES:** Por medio del presente, yo; \_\_\_\_\_, autorizo que el dinero que sea entregado por la sociedad **BG GROUP MEDICAL S.A.S.**, en virtud de la presente solicitud de devolución, sea entregado a la persona indicada anteriormente en Efectivo o Transferencia Bancaria.

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
**C.C. N°**  
**Telefono:**