

FECHA: ____ / ____ / ____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

YO TITULAR DE LA CTA. CTE. CATASTRAL NRO.....

A NOMBRE DE.....

CON CÉDULA DE IDENTIDAD NÚMERO.....

AUTORIZO A.....

CON CÉDULA DE IDENTIDAD NÚMERO.....

AUTORIZO A GESTIONAR:

.....
.....

REQUISITOS:

- ADJUNTAR FOTOCOPIA DE C.I. DEL AUTORIZADO. -

Por medio de la presente, autorizo expresamente a ESSAP SA utilizar mis datos personales que surjan de la presente relación obligacional, de conformidad a lo establecido por la Ley N° 6534/20 de “Protección de Datos Personales Crediticios” y concordantes. El consentimiento otorgado incluye la autorización expresa para que se incluya mi nombre o razón social en el registro de morosos de Inforconf u otros Buros de información Crediticia en caso de retraso en el pago de tres cuotas vencidas o de una cuota en caso de financiamiento otorgado por deudas anteriores

.....

FIRMA DEL TITULAR

.....

ACLARACIÓN DE FIRMA

Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay S.A.
Avda. España e/ Padre Pucheu – Asunción
Teléfono: (021) 162