



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**