

AUTORIZACION DE CENTRALES DE RIESGO

Autorizo expresa e irrevocablemente a DISTRIBUCIONES MACROFARMA S.A.S a procesar, solicitar, divulgar, obtener de cualquier fuente y/o a reportar en las centrales de riesgo legalmente autorizada, toda la información y Referencias relativas a mi persona y/o a mis representados. Así mismo, autorizo expresa e irrevocablemente a DISTRIBUCIONES MACROFARMA S.A.S a verificar todos los antecedentes referentes a mi comportamiento y/o el de mis representados frente al Sector Financiero, hábitos comerciales, manejo de cuenta (s) corriente (s) y, en general, frente al cumplimiento de obligaciones. El reporte y permanencia de la información se ajusta a las normas vigentes establecidas por la Asociación Bancaria de Colombia. Autorizo enviarme información al correo o al móvil

En constancia de lo anterior firmamos la presente autorización, a los ____ días del mes de _____ del año ____.

FIRMA:

Nombre:
C.C.