



SOLICITUD DEVOLUCIÓN DE SALDO

V-001

FECHA DE SOLICITUD	DD	MM	AAAA
NOMBRES			
APELLIDOS			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
CORREO ELECTRÓNICO			
TELÉFONO			
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA
CIUDAD			
CUENTA BANCARIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
ENTIDAD BANCARIA:	TITULAR DE LA CUENTA:		
TIPO DE CUENTA	AHORRO <input type="checkbox"/>	CORRIENTE <input type="checkbox"/>	N° DE CUENTA:

OBSERVACIONES:

FIRMA

NOMBRE: _____

IDENTIFICACIÓN: _____

***Manifiesto que he leído y aceptado en su totalidad las condiciones y requisitos establecidos por Validda para la devolución de saldos.**

IMPORTANTE:

- * Diligencie el formulario con la misma informacion con la cual se registró en Pinválidda.
- * Luego de diligenciar el formulario por favor imprímalo para su firma.
- * Envíe el formulario escaneado y adjunte su documento de identidad; al correo electrónico **info@pinvalidda.com**