

## **Autorización Para Informe Económico**

Fecha: \_\_\_\_\_

A quien corresponda:

Por la presente autorizo a cualquier banco, compañía de construcción, compañía de seguros, compañía de bienes raíces, agencia de gobierno o institución financiera que así lo solicite, a suministrar información sobre mis cuentas bancarias, ingresos, pólizas de seguro, propiedades o beneficios, por el período de tiempo indicado a continuación, a cualquier empleado acreditado en el Indian River Medical Center.

Esta autorización es válida desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_

Nombre en la cuenta \_\_\_\_\_