



Cohen™

REGISTRO DE FIRMAS

7

Alta       Modificación

Fecha:   
 Nro. Cliente:   
 Código verificador:

Razón Social

Fecha  Uso de firmas

Observaciones de firmas

	AUTORIZADO 1	AUTORIZADO 2	AUTORIZADO 3
Apellido y nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autorizo a	AUTORIZADO 1		AUTORIZADO 2		AUTORIZADO 3	
Concertar operaciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cobro de importes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Retiro de documentación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Conformidad de valores negociables	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Conformidad de movimientos cuenta cliente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Retiro y transferencia de valores negociables	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Conformidad de saldo de cuenta y valores negociables	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Registro de firmas AUTORIZADOS	1	2	3
Firma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo y Nro. Doc.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

APODERADOS / REPRESENTANTES LEGALES

Registro de firmas APODERADOS/ REPRESENTANTES LEGALES	1	2	3
Firma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aclaración	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo y Nro. Doc.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aclaración	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo y Nro. Doc.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>