

Guayaquil, _____

Señores

FIDUCIA S.A. ADMINISTRADORA DE FONDOS Y FIDEICOMISOS MERCANTILES

Representante Legal

FIDEICOMISO TITULARIZACION OMNI HOSPITAL

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, me permito solicitar a ustedes que el valor correspondiente a los rendimientos generados por el **FIDEICOMISO MERCANTIL IRREVOCABLE TITULARIZACIÓN OMNI HOSPITAL** a mi favor, correspondientes el ejercicio económico 2020 y de ser el caso, aquellos que correspondieren a ejercicios económicos anteriores, sean transferidos a la cuenta bancaria nacional que detallo a continuación:

No. DE CUENTA DEL BENEFICIARIO:	
TIPO DE CUENTA (AHORRO O CORRIENTE):	
NOMBRE DE LA INSTITUCION FINANCIERA:	
TIPO DE IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO (CEDULA, RUC o PASAPORTE):	
NUMERO DE CÉDULA O RUC DEL BENEFICIARIO:	
NOMBRES COMPLETOS DEL BENEFICIARIO:	

De existir algún valor generado por gastos bancarios (comisión o certificación), autorizo expresamente a que el mismo sea descontado del valor a mi favor.

Sin otro particular,

FIRMA

NOMBRE:

C.I.:

Nota: No será válida la solicitud de transferencia a terceros; este formulario deberá ser enviado a partir del 30 de abril del 2021; con la información completa y firmado por el inversionista, vía escáner o foto de manera legible al correo electrónico asambleaomnihospital@fiducia.com.ec para el proceso de emisión del pago.