

Ciudad y Fecha: _____



Cooperativa Multiactiva

Señores

COOPERATIVA MULTIACIVA WINARR

Bogotá D.C.

ASUNTO: Autorización Consulta Centrales de Riesgo.

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ de _____ en mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a la Cooperativa Multiactiva Winarr Nit: 900.316.384-5, o a quien represente sus derechos a consultar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a la Central de información crediticia DATA CREDITO.

Cordialmente,

Firma: _____

**Calle 57 a 35-26 - Tel.4646800 - : servicioalcliente@coopwinarr.com
NIT: 900.316.384-5**