



## Formulario de información para proveedores

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO			
Nombre completo (Primer nombre, Segundo nombre, Apellidos):		Identificación de Medicaid o Palco:	

  

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR			
Nombre	Nombre FEIN o # SS del beneficiario		
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Persona de contacto	Número de teléfono	Correo electrónico	
Tipo de pago: <input type="checkbox"/> Cheque en papel <input type="checkbox"/> EFT (Si selecciona esta opción, adjunte un acuerdo de autorización de depósito directo)			
<input type="checkbox"/> Se requiere un formulario W-9 para todos los proveedores; se adjunta el formulario.			

Por favor, describa los servicios que su agencia prestará y facturará:



**Envíe este formulario por correo electrónico a: [docprocessing@conduent.com](mailto:docprocessing@conduent.com) o por fax al 1.866.302.6787.**