

AUTORIZACION DE DEBITO AUTOMATICO POR CUENTA BANCARIA

Buenos Aires,dede.....

Señores OSMECON SALUD CIRCULO MEDICO LOMAS DE ZAMORA,

De mi consideración:

El que suscribe en mi carácter de titular del plan autorizo por la presente a que el pago correspondiente a las cuotas mensuales del plan N° con sus posibles modificaciones y/o aumentos sean debitadas en forma directa y automática de la CUENTA BANCARIA.

De la misma manera me comprometo a informar cualquier cambio realizado en la CUENTA BANCARIA.

La presente autorización para debito automático de la CUENTA BANCARIA tiene validez desde el mes de de en OSMECON SALUD CIRCULO MEDICO LOMAS DE ZAMORA, o hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido:
Tipo y N° de DNI:
CUIL:
Tel. Particular:
Tel. Celular:

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA A DEBITAR

Banco:
Sucursal: N°
Domicilio de la sucursal:
Localidad:
Tipo de Cuenta: Caja de ahorro Cta. Cte. Otra
Monea: Pesos Dólares Bimonetaria
N° de CUENTA:
Clave Bancaria Uniforme: _____

Saludo a Usted atentamente.

.....
(Firma)

Aclaración de firma:

Documento (tipo y N°)