AUTORIZACION DE DEBITO AUTOMATICO
TARJETA DE CREDITO

Lomas de Zamora, …de……de…….

Señores CIRCULO MEDICO LOMAS DE ZAMORA - OSMECON SALUD,

De mi consideración:

El que suscribe……...en mi carácter de Titular de TARJETA…….. Nª……..……. Vencimiento:…….……autorizo por la presente a que el pago total o parcial, según aportes de ley, correspondiente a las cuotas mensuales del plan N°……..…….. con sus posibles modificaciones y/o aumentos y/o copagos de ley de mi plan, sean debitadas en forma directa y automática en el resumen de la tarjeta mencionada precedentemente.

De la misma manera me comprometo a informar cualquier cambio en el N° de tarjeta antes mencionado.

La presente autorización para débito automático de TARJETA ……..…… tendrá validez desde el mes de ……..… del 20..…., a favor del CIRCULO MEDICO LOMAS DE ZAMORA OSMECON SALUD, hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

Saludo a Usted atentamente.

Socio titular N°:……

Nombre y Apellido:…….

…….	……..
Firma del titular de Osmecon	Firma del titular de la Tarjeta
…….	……..
Aclaración	Aclaración
…….	……..
Documentos (tipo y N°)	Documentos (tipo y N°)

Gestiono:……