

AUTORIZACION DE DEBITO AUTOMATICO
TARJETA DE CREDITO

_____, ____ de _____ de _____
(Lugar) (Fecha)

Señores OSMECON SALUD CIRCULO MEDICO LOMAS DE ZAMORA,

De mi consideración:

El que suscribe _____ en mi carácter
(Apellido y nombre)

Titular de TARJETA..... N^a.....

Vencimiento:.....autorizo por la presente a que el pago correspondiente a las cuotas mensuales del plan N^o..... con sus posibles modificaciones y/o aumentos 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^o de tarjeta antes mencionado.

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

Saludo a Usted atentamente.

Socio titular N^o _____

Socio Titular Nombre y Apellido_____

Firma del titular de Osmecon

Firma del titular de la Tarjeta

Aclaración

Aclaracion

Documentos (tipo y N^o)

Documentos (tipo y N^o)