

Fecha:

SOLICITUD DE ADHESIÓN A DÉBITO DIRECTO EN CUENTA

DATOS DE TITULARIDAD DE LA CUENTA

Apellido y nombre o razón social.....
Tipo y n° de DNI/CUIT

Fecha de nacimiento

Teléfono

CalleN°..... Piso.....Dpto.....

LocalidadCódigo Postal.....Provincia.....

DATOS DE LA CUENTA

Banco.....

Sucursal.....

Localidad.....

Provincia.....

Caja de ahorro Cuenta corriente.....

N° de cuenta.....

(CBU).....

En mi/nuestro carácter de titular/es de la cuenta bancaria indicada precedentemente y dentro del marco del Sistema Nacional de Pagos, autorizo/autorizamos en forma expresa a Amffa Salud a debitar de la misma en las fechas de vencimiento mensual las facturas correspondientes a cuotas por cobertura médica.

.....

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DE LOS TITULARES

DATOS DEL SOCIO ADHERENTE

Apellido y nombre:

DNI:

Número de socio:

Firma:

Nota: Sólo es posible adherir en debito automatico cuentas originadas por entidades bancarias, no aquellas emitidas por billeteras virtuales. Si desea realizar alguna modificación en la forma de pago deberá presentar la solicitud del 1 al 15 del mes anterior por el cual solicita el débito.



/AMFFAsalud



www.amffasalud.com.ar



amffa salud



Tel: + 54 9 221 512 9200