

Fecha: .....

## **SOLICITUD DE ADHESION A DÉBITO EN TARJETA DE CRÉDITO**

Por favor, complete la siguiente información para adherirse al débito automático de su tarjeta de crédito.

### **DATOS DEL TITULAR**

Nombre Completo: .....  
DNI: .....

### **DATOS DE LA TARJETA**

Número de Tarjeta: .....  
Fecha de Vencimiento: .....  
Banco Emisor: .....  
Tarjeta: (indicar Visa / MasterCard) .....

## **AUTORIZACIÓN DEL DÉBITO**

Autorizo a que se debite de la tarjeta mencionada el importe de la cobertura médica del socio n° .....

La presente autorización tiene validez desde la recepción de la misma hasta el vencimiento de la tarjeta o hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

.....  
FIRMA

.....  
ACLARACIÓN Y DNI

Nota: Sólo es posible adherir tarjetas de crédito Visa o Mastercard emitidas 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.