



Fecha:

SOLICITUD DE ADHESIÓN 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.