



ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA DE LA MANO PAGO DE CUOTA SOCIETARIA POR DEBITO AUTOMATICO

Buenos Aires,..... de.....de.....

De mi consideración:

El que suscribe,.....
En mi carácter de titular de la tarjeta VISA / MASTERCARD / AMERICAN EXPRESS (tachar lo que no corresponda) N°..... y afiliado a la ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA DE LA MANO socio N°.....,
Autorizo por la presente a que el pago correspondiente a las cuotas mensuales por la contratación del servicio ofrecido por dicha Asociación sean debitados en forma directa y automática en el resumen de cuenta de la tarjeta citada precedentemente.

Dejo especialmente establecido que podrá dar por cumplida la presente autorización mediante la sola declaración fehacientemente comunicada, sin perjuicio por tal de los importes que pudieran corresponderme en función de servicios ya recibidos con anterioridad.

Asimismo faculto a la ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA DE LA MANO a presentar esta autorización donde corresponda a efectos de cumplimentar la misma.

Saludo a Uds. Atentamente.

Firma

Documento de Identidad (tipo y numero)
Banco y Sucursal donde fue obtenida la tarjeta
..... vencimiento de la tarjeta
Domicilio Particular
Domicilio Profesional
Teléfono/Fax

** Se informa que la adhesión al débito automático permanecerá en vigencia para los años subsiguientes hasta que el titular de la tarjeta notifique la cancelación de la misma