

## Asociación de Amigos

### Datos Personales

---

Nombre o Razon Social \*   
D.N.I. \*   
Domicilio \*   
Localidad \*   
CP   
Teléfono   
Email \*   
Fecha de Nacimiento: \*  /  /  (dd/mm/aaaa)

### Datos Bancarios

---

**Autorizo que se me cobre la suma de:**

- \$200 mensuales  
 \$100 mensuales  
 \$50 mensuales  
 \$  mensuales

- Formas de pago:**  Débito en cuenta  
 Tarjeta de Crédito  
 Depósito o transferencia bancaria  
 Cheque

### Tarjeta de crédito:

---

**Tarjeta:**  Visa  Amex  Mastercard

**Número:**

**Vencimiento:** \*  /  /  (dd/mm/aaaa)

## Asociación de Amigos

### Débito Bancario en cuenta:

---

Numero:	<input type="text"/>
C.B.U.:	<input type="text"/>
C.U.I.T.:	<input type="text"/>
Banco:	<input type="text"/>
Sucursal:	<input type="text"/>

### Depósito o transferencia bancaria:

---

**Datos de la cuenta:** Asociación Civil de Estudios Superiores

CUIT 30-59795091-3

Cta Cte N° 5796/9

Sucursal 221 - Pilar

Banco Santander Rio

CBU 07202218 20000000579690

### Cheque:

---

**Para cheques:** Destinatario: Asociación Civil de Estudios Superiores, entrega en depto tesorería del Hospital Austral en Pilar.

### A donde dirigir los fondos:

---

**Dirigir a:**  Enfermería  
 Quirófanos  
 Cardiología  
 Terapia Intensiva  
 Pediatría  
 Otros