

Solicitud de Débito Automático

Tarjeta de Crédito VISA

Buenos Aires, _____ de _____ de _____

Apellido y Nombre

Asociado N°

A partir de la factura correspondiente al período:

solicito que la cuota mensual del Plan de Salud sea debitada de la **Tarjeta de Crédito VISA.**

N° de Tarjeta VISA

Vencimiento

Dígito Verificador

Apellido y Nombre
del Titular de la Tarjeta de Crédito

D.N.I.

Firma del Titular de la Tarjeta

Aclaración de la Firma