

Solicitud de Débito Directo

Buenos Aires, _____ de _____ de _____

Apellido y Nombre

Asociado N°

A partir de la factura correspondiente al período:
solicito el **Débito Directo** de la cuota mensual del Plan de Salud.

N° de C.B.U.
(Clave Bancaria Uniforme)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Apellido y Nombre
del Titular de la Cuenta

D.N.I.

Firma del Titular de la Cuenta

Aclaración de la Firma