



ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

PAGO DE CUOTA SOCIETARIA POR DÉBITO AUTOMÁTICO

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

Señores de

PRESENTE

De mi consideración:

El que suscribe,.....
en mi carácter de Titular de la Tarjeta de Crédito **VISA / MASTERCARD** (tachar la que no corresponda)
Nº..... CODIGO DE SEGURIDAD (**los tres últimos nros. Que figuran en la banda magnetica**).....
y afiliado a la ASOCIACION ARGENTINA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, SOCIO
Nº.....autoriza por la presente a que el pago correspondiente a las cuotas mensuales por la contratación del servicio ofrecido por dicha Asociación sean debitadas en forma directa y automática en el resumen de cuenta de mi 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 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA a presentar esta autorización donde corresponda a efectos de cumplimentar la misma.

Saludo a Uds. atentamente.

.....
Firma y aclaración

DOCUMENTO DE IDENTIDAD (tipo y Nº).....
BANCO DONDE FUE OBTENIDA LA TARJETA.....
VENCIMIENTO DE LA TARJETA.....
DOMICILIO PARTICULAR.....
DOMICILIO PROFESIONAL.....
TELEFONOS.....TEL. CELULAR:.....

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.