

SOLICITUD DÉBITO AUTOMÁTICO CON (visa/mastercard/tarjdebito visa)

Autorizo al *COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, DIST. IV*, a debitar de mi cuenta, la cantidad de pesos mensuales resultantes del detalle que figura al pie de la presente. Toda modificación la comunicaré al *COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, DISTRITO IV* en forma fehaciente con una antelación de treinta (30) días .
MIS DATOS PERSONALES Y CUENTAS SON LAS SIGUIENTES:

Nombre y Apellido

Nro. matrícula

DNI:

NRO TARJ

Dirección

Localidad:

C.P.:

TEL.:

Celular: 15-.....

SE DEBITARAN LOS SIGUIENTES IMPORTES ANUALES:

CUOTA COLEGIACIÓN EJ. 2024 /2025

..... CUOTAS de \$ cada una

Y EJERCICIOS SIGUIENTES

Tomo conocimiento que en caso de rechazo del debito se me notificará únicamente a la siguiente dirección de e-mail :

----- @ -----

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN

FECHA :