

SOLICITUD DÉBITO AUTOMÁTICO CON : Aclarar que tarjeta es:

Visa crédito /Visa debito / Mastercard -----

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. 2025/2026 \$

..... 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 :