



## Adhesión al Débito Automático



\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Señores

Mutual Médica AMRA

Establecimiento Nº 30708085

De mi consideración:

El que suscribe \_\_\_\_\_ en mi carácter de titular de la tarjeta Visa crédito Nº \_\_\_\_\_ autorizo por la presente a que el pago correspondiente a las cuotas mensuales de un valor de \$100 (pesos cien) por la contratación del servicio ofrecido por la Mutual de Afiliados a la Asociación de Médicos de la República Argentina, matrícula Nº 2910 CF y CUIT Nº 30-71517215-8, sean debitadas en forma directa y automática en el resumen de cuenta de la tarjeta citada precedentemente y/o de sus correspondientes plazos.

De la misma manera me comprometo a informar cualquier cambio en el Nº de tarjeta antes mencionado.

La presente autorización tiene validez desde la recepción de la presente por el Establecimiento, hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

Asimismo, faculto a presentar esta autorización en Visa Argentina a efectos de cumplimentar la misma.

Saludo a Uds. Atentamente.

\_\_\_\_\_

Firma

Aclaración de firma: \_\_\_\_\_

Documento (tipo y Nº): \_\_\_\_\_