

Fecha:...../...../.....

Pago de la cuota médico asistencial

Autorización

Cancelación

Débito automático Tarjeta de Crédito

Por medio de la presente autorizo a debitar de mi tarjeta de crédito la cuota médico asistencial:

Tarjeta de crédito

American Express

Visa

Mastercard

Cabal

Nº de tarjeta

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Vencimiento

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Se considerará para el mes próximo la autorización gestionada antes del día 14 del corriente mes.

Débito en Cuenta Bancaria

Por medio de la presente autorizo a debitar de mi cuenta bancaria la cuota médico asistencial:

Banco:

Nº de Cuenta:.....

Tipo de Cuenta

Cuenta Corriente

Caja de Ahorro

CBU

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Se considerará para el próximo mes la autorización gestionada antes del día 20 del corriente mes.

Nº de Asociado

Apellido y Nombre del asociado titular del plan médico asistencial:.....

Domicilio:.....Piso:.....Depto.:

Código Postal:Localidad:.....

Firma:..... Aclaración:.....

Tipo y Nº de Documento:.....

Firma del Titular de la Tarjeta de Crédito o Cuenta Bancaria

Autorizo a debitar de mi tarjeta de Crédito/Cuenta Bancaria la cuota de medicina prepaga de Corporación Médica de Asistencial, cuyo titular es el asociado Nº.....

Firma:.....

Aclaración:.....

Tipo y Nº de Documento:.....