



SERVESALUD

ADHESIÓN AL SISTEMA DE DÉBITO DIRECTO EN CUENTA

Yo, _____, autorizo a la Obra Social "Servosalud" a debitar de mi cuenta, en forma mensual y automática, el importe correspondiente a la cuota por la cobertura médica que brindan a _____ y el grupo familiar a su cargo, si lo tuviera.

DATOS DEL SOCIO TITULAR DE SERVESALUD

NOMBRE Y APELLIDO: _____

Nº DE SOCIO: _____

D.N.I.: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____

TELÉFONO MÓVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA

NOMBRE Y APELLIDO: _____

D.N.I.: _____

NOMBRE DEL BANCO: _____

CBU (22 dígitos): _____

FECHA: _____

FIRMA Y ACLARACIÓN
DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA