



SERVESALUD

ADHESIÓN AL SISTEMA DE DÉBITO AUTOMÁTICO EN TARJETA DE CRÉDITO

Vigencia: La fecha del primer débito corresponderá al mes siguiente de haber entregado el presente formulario siempre que esto se realice entre los días 1 y 15 del mes. Pasada esa fecha el primer débito se efectuará al mes siguiente.

Comprobante de pago: El resumen de cuenta mensual de la tarjeta de crédito servirá como comprobante de pago.

DATOS DEL SOCIO TITULAR DE SERVESALUD

NOMBRE Y APELLIDO:

Nº DE SOCIO:

D.N.I.:

TELÉFONO PARTICULAR:

TELÉFONO MÓVIL:

CORREO ELECTRÓNICO:

Yo, _____, autorizo a la Obra Social "Servosalud" a debitar de mi tarjeta de crédito, 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 DE LA TARJETA

NOMBRE Y APELLIDO:
(como figura en la tarjeta)

TIPO DE TARJETA:

VISA

MASTERCARD

Nº DE LA TARJETA (16 dígitos):

FECHA DE VENCIMIENTO DE LA TARJETA:

FECHA:

FIRMA Y ACLARACIÓN
DEL TITULAR DE LA TARJETA