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:……

E-mail válido para el envío de factura electrónica:……

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:……