Corporación Médica Asistencial
Más para tu Salud.

Gral. San Martín, …… de 20……..

**Sres. CORPORACIÓN ASISTENCIAL**

**S / D.**

De mi mayor consideración:

El/La que suscribe, ……, afiliado Nº……, solicito que, en atención a no poseer cuenta bancaria, todos los reintegros que correspondieren me sean descontados de la cuota mensual que abono.-

FIRMA :……

D.N.I. Nº :…….