Corporación Médica Asistencial
Más para tu Salud.

Formulario de Enrolamiento de CBU para la Acreditación de Pagos por Transferencia

Fecha:……/……/…….

"Por el presente comunico a Corporación Médica Asistencial S.A. que a partir de la fecha se acrediten en la cuenta bancaria que figura en el presente formulario, los conceptos relacionados con reintegros u otra acreditación de importes que se defina oportunamente.

Asimismo, acepto expresamente que de acuerdo con la presente solicitud, todos los importes que se acrediten/depositen/transfieran en/a la cuenta denunciada en el presente los consideraré pago con efecto cancelatorio a todos los efectos legales.

También acepto que la cuenta mencionada en el presente mantendrá su vigencia, mientras no comunique otra por medio fehaciente. En todos los casos la fecha de vigencia de la cuenta bancaria será la de la recepción del formulario en Corporación Médica Asistencial S.A., Matheu 3984, localidad de Gral. San Martín, Provincia de Buenos Aires."

Datos del Asociado:

Nombre y apellido del titular: ……..

Nº de Asociado: …… DNI: ……

Nº de Tel.: …… Nº Cel.: …….. Email: ……

Firma del Asociado: ……

Datos del titular de la cuenta:

Nombre y apellido: ……

Vínculo con el asociado: ……

DNI: …….. Nº Tel.: …… Nº Cel.: ……

Banco:…… Sucursal: ……..

CUIT/CUIL Titular de la cuenta: ……

Tipo de Cuenta: Cuenta Corriente en Pesos ☐ Caja de Ahorro en Pesos ☐

CBU (Clave Bancaria Uniforme):

Firma del titular de la cuenta: ……