

SOLICITUD DÉBITO AUTOMÁTICO CON :Aclarar que tarjeta elige o si es cbu

Visa crédito /Visa debito / Mastercard o CBU bancario -----

Autorizo al **COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, DIST. IV**, a debitar de mi cuenta , la cantidad de pesos mensuales resultantes del detalle que figura al pie de la presente.

Toda modificación la comunicaré al **COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, DISTRITO IV** en forma fehaciente con una antelación de treinta (30) días .

MIS DATOS PERSONALES Y CUENTAS SON LAS SIGUIENTES:

Nombre y Apellido

Nro. matrícula DNI:

NRO TARJ // CBU(22 dígitos).....

Dirección Localidad:

C.P.:

Celular: 15-.....

SE DEBITARAN LOS SIGUIENTES IMPORTES ANUALES:

CUOTA COLEGIACIÓN EJ. 2026/2027 \$

..... CUOTAS de \$ cada una

Y EJERCICIOS SIGUIENTES.

Tomo conocimiento que en caso de rechazo del debito se me notificará únicamente a la siguiente dirección de e-mail :

----- @ -----

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN

FECHA :