

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO DE CUENTA BANCARIA

FECHA / /

EL QUE SUSCRIBE (DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA TAL COMO FIGURA EN EL BANCO)

APELLIDO

NOMBRES

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

N° AFILIADO

PLAN

DIRECCIÓN

C.P:

TELÉFONO

EMAIL

EN SU CARÁCTER DE TITULAR DE LA

CUENTA CORRIENTE

CAJA DE AHORRO

N° DE CUENTA:

BANCO:

SUCURSAL:

CLAVE BANCARIA UNIFICADA (CBU):

AUTORIZA A QUE EN FORMA DIRECTA Y AUTOMÁTICA
SEAN DEBITADOS DE SU CUENTA CORRIENTE / CAJA DE AHORRO
LOS IMPORTES EN CONCEPTO DE COPAGOS o CUALQUIER OTRO GASTO
CORRESPONDIENTE A LA COBERTURA MÉDICO - SANITARIA BRINDADA
POR LA OBRA SOCIAL ACEROS PARANÁ CUIT 30-61587353-1

FIRMA DEL SOLICITANTE

ACLARACIÓN

DNI - LC - LE - CI