



Caronti 86 – Bahía Blanca
Tel/fax: 0291 455-2929
WhatsApp: 2914061344
Mail: secretaria@colmedx.org.ar
www.colmedx.org.ar

Colegio de Médicos
Provincia de Buenos Aires
Distrito X

AUTORIZACIÓN PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

Bahía Blanca, ____ de _____ de 20__

Sra. Presidenta del
Colegio de Médicos de la
Provincia de Buenos Aires
Distrito X

De mi mayor consideración:

Por la presente solicito la incorporación al sistema de pago mensual de la matrícula mediante débito automático de mi tarjeta de crédito.

A tal fin doy mi autorización del débito correspondiente

APELLIDO Y NOMBRE _____

MATRÍCULA N° _____ DNI _____ CUIT _____

E-MAIL: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

LOCALIDAD: _____

CELULAR: _____

TARJETA VISA CRÉDITO N° : _____

BANCO: _____

Firma y Aclaración: