

## TARJETA DE CRÉDITO - DÉBITO AUTOMÁTICO

Buenos Aires, ..... / ..... / 20.....

Por medio de la presente, solicito al CEMIC que los importes inherentes al servicio del plan de asistencia médica contratado con esa institución, sean facturados y cobrados a través del **SISTEMA DE DÉBITO AUTOMÁTICO** en mi tarjeta de crédito.

En tal sentido, autorizo expresamente a la tarjeta  a debitar de mi cuenta los importes correspondientes, como así también autorizo al CEMIC, si fuera necesario, a entregar el original de esta autorización a la empresa que he indicado.

Tomo conocimiento de que la vigencia de la presente continuará hasta que el suscripto comunique lo contrario o se reciba rechazo por parte de la empresa. Asimismo, me comprometo a informar cualquier cambio en el N.º de la tarjeta, todo por escrito, personalmente en la oficina de atención de afiliados.

Reconozco expresamente que, tanto la prestación del servicio por parte del CEMIC como los importes que autorizo a debitar de mi resumen, tienen como causa exclusiva la relación contractual existente entre el CEMIC y el suscripto. Es de mi conocimiento que la cuota mensual se facturará por mes calendario adelantado y deberá ser cancelada de la misma manera.

Saludo a Uds. atentamente.

Nombre y apellido del afiliado titular:

Historia clínica del afiliado titular:

Tipo y número de documento:

Teléfono

Tarjeta:

Número:

/ /

Vencimiento:

/ /

Banco emisor:

Vigencia del débito:

CEMIC debitará el saldo de la cuenta al momento de facturación.

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del afiliado titular de la tarjeta

Por favor, entregue esta solicitud en la oficina de Atención de Afiliados los días hábiles de 9 a 18 o envíela por fax al: (011) 5299-1005

**CEMIC**

CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA  
E INVESTIGACIONES CLÍNICAS  
"NORBERTO QUIRINO"  
Fundado en 1958