

DÉBITO DIRECTO - EN CUANTA CORRIENTE O CAJA DE AHORRO

Buenos Aires, / / 20.....

Por medio de la presente, solicito al CEMIC la adhesión al servicio de **DÉBITO DIRECTO** mediante el débito por transferencia automática sobre mis cuentas bancarias, dentro del marco del Sistema Nacional de Pagos. Por lo tanto, autorizo a debitar los importes inherentes al servicio del plan de asistencia médica contratado con esa institución.

Tomo conocimiento de que esta solicitud continuará vigente hasta que el suscripto comunique lo contrario, se reciba rechazo informado por la entidad bancaria o se realice algún cambio en el grupo familiar que origina esta solicitud, toda modificación deberá ser informada al CEMIC por escrito y 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 mis cuentas, 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.

La solicitud a la adhesión se realizará a partir del período de

Datos del afiliado titular

Apellido y nombre:

N.º de afiliado titular:

Datos personales

Tipo y N.º de documento:

Calle:

N.º

Piso

Dpto.

Tel.:

C.P.

e-mail:

Datos de la cuenta

Banco:

Sucursal:

N.º de cuenta:

Tipo de cuenta:

Cuenta corriente

Otro (aclarar)

Caja de ahorro

Clave Bancaria Uniforme – CBU - (22 dígitos)

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

Firma y aclaración del afiliado titular

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 QUIRNO"
Fundado en 1958