

CARTA DE AUTORIZACIÓN DEL USUARIO

Señores
Caja de Previsión y Seguro Médico
De la Provincia de Buenos Aires.-

El/La que suscribe, titular del documento (tipo y número), Matrícula Profesional Nro., en carácter de titular de la tarjeta VISA N° otorgada por el Banco, con fecha de vencimiento del día, **AUTORIZA** por la presente que el pago correspondiente a los servicios mensuales de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires que seguidamente detallo **sean debitados en forma directa y automática de la tarjeta** cuya fotocopia se adjunta y/o de sus correspondientes reemplazos, comprometiéndome a informar cualquier cambio en el N° de la tarjeta.-

Servicios a debitar de la tarjeta de crédito VISA	Marque la opción Seleccionada
Aporte fijo mensual	
Plan de facilidades (1)	
Préstamo personal	
Préstamo hipotecario	

(1) El pago de los servicios mensuales tendrá una bonificación de puntos en la tasa de interés de financiación aplicable, conforme a la reglamentación en vigencia, condicionado al mantenimiento del presente medio de pago.-

La presente autorización tiene validez desde la recepción de la misma por el establecimiento hasta el vencimiento de la tarjeta y continuará con la renovación de la misma, hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla. Asimismo, faculto a la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires a presentar esta autorización en VISA Argentina S.A. a efectos de cumplimentar la misma.-
Saludo a Uds. atentamente.-

LUGAR Y FECHA:

.....
Firma (*)
.....

Aclaración

(*) La suscripción del presente formulario deberá realizarse ante personal autorizado de la Delegación. En caso de remitirse el mismo por correo la firma deberá encontrarse certificada por ante Escribano Público o Juez de Paz.-

CERTIFICO que la firma que antecede fue puesta en mi presencia, de lo que doy fe.-

.....
Firma y sello del responsable