

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

El que suscribe Dr.-----
matrícula N.º -----solicita por la presente la baja del débito
automático del medio de pago:

Tarjeta VISA

Pago Directo

Marque con una X el servicio que desea dar de baja:

Servicio		Período / Cuota	Vencimiento	Nro. de préstamo***
Aporte fijo mensual		Período -----/----- Mes Año		
Plan de facilidades		Cuota Nro.-----		
Préstamo hipotecario		Cuota Nro.-----		
Préstamo personal		Cuota Nro.-----		

*** En caso de registrar más de una línea de préstamo deberá aclarar el n° por el cual pide la baja.

Fecha: / /

Firma :

Aclaración:

DNI:

Correo electrónico: