

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DEL USUARIO
VISA / MASTERCARD**

ALTA	
Cambio de tarjeta VISA	
Cambio de tarjeta MASTERCARD	
Cambio de medio de pago	

**1) Datos personales del afiliado y/o titular de la cuenta (cónyuge/padres/hijos)
(Deben estar declarados)**

Nombre y Apellido	
Matrícula	
DNI	// Casilla de mail :
CUIT/CUIL	

***COMPLETAR SOLO EN CASO DE ESTAR AUTORIZANDO AL AFILIADO:**

Autorizo a descontar los servicios seleccionados correspondientes al Dr./a:.....
Matrícula provincial n° , documento (número y tipo).....
De la **tarjeta VISA/ MASTERCARD** indicada en el formulario. Mail.....

2) Servicios a debitar :

PARA COMPLETAR POR EL SUSCRIPTOR:		PARA COMPLETAR POR PERSONAL DE LA CAJA:	
SERVICIO	PERÍODO / CUOTA	VENCIMIENTO	Nº DE PRÉSTAMO
Aporte Fijo Mensual	Período...../..... (mes y año)		
Plan de facilidades (1)	Cuota nro.		
Préstamo Hipotecario (2)	Cuota nro.		
Préstamo personal (3)	Cuota nro.		
Préstamo UCP	Cuota nro.		

El /los servicios indicados serán debitados de la/las cuentas con igual moneda

- (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.-
- (2) 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.-
- (3) 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.-

3) Información de la tarjeta:

TARJETA VISA Nº	
TARJETA MASTERCARD Nº	
Otorgada por el Banco	
Fecha de vencimiento	

Se adjunta **fotocopia de la tarjeta** y/o de sus correspondientes reemplazos, comprometiéndome a informar cualquier cambio en el Nº de la misma.-

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 Prisma Medios de Pagos S.A. a efectos de cumplimentar la misma.-

LUGAR Y FECHA:

Firma (titular de la cuenta) (*)

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.-

(**) SE SOLICITA SE CUMPLIMENTE CON LETRA CLARA Y LEGIBLE, EN LO POSIBLE IMPRENTA MAYUSCULA.

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

Firma y sello del responsable