



Caronti 86 – Bahía Blanca
Tel/fax: 0291 455-2929
WhatsApp: 2914277872 - 2914277866
Mail: secretaria@colmedx.org.ar
www.colmedx.org.ar

Colegio de Médicos
Provincia de Buenos Aires
Distrito X

AUTORIZACIÓN PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

Bahía Blanca, ____ de _____ de 20__

Sra. Presidenta del
Colegio de Médicos de la
Provincia de Buenos Aires
Distrito X

De mi mayor consideración:

Por la presente solicito la incorporación al sistema de pago mensual de la cuota de **extensión de cobertura del FAP** mediante débito automático de mi tarjeta de **crédito VISA**.

A tal fin doy mi autorización del débito correspondiente

APELLIDO Y NOMBRE _____

MATRÍCULA N° _____ DNI _____ CUIT _____

E-MAIL: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

LOCALIDAD: _____

CELULAR: _____

TARJETA **VISA CRÉDITO** N° _____

BANCO: _____

Firma y Aclaración: