

Autorización de Débito en Cuenta

_____ de _____ de _____

Señores

COOP: DE TRABAJO MÉDICO URUGUAY LTDA.

UNIMEDICA

De mi consideración:

El que suscribe _____

en mi carácter de titular de la Cuenta Corriente - Caja de Ahorros N° _____

de la Sucursal _____ del Banco _____

CBU N° _____ autorizo por la presente a que el pago correspondiente a las cuotas mensuales por la contratación del servicio de Medicina Prepaga, sean debitadas en forma directa y automática en la cuenta citada precedentemente y / o de sus correspondientes reemplazos.

De la misma manera me comprometo a informar cualquier cambio en el N° de Cuenta antes mencionado.

La presente autorización tiene validez desde la recepción de la presente por la Cooperativa, hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

Saludo a Uds. Atentamente.

Firma:

Aclaración: _____ Tipo y N° DOC _____

Datos para Débito Automático

Número de Afiliado:

Apellido y Nombre:

Nº Cuil:

Domicilio:

Localidad:

Código Postal:

DNI:

Email:

Teléfono de Contacto:

Banco:..... Sucursal:.....

Tipo de Cuenta:..... Nº de cuenta:.....

Nota: Adjuntar Comprobante de CBU emitido por el banco, dónde figure el Nombre y Apellido del titular de la cuenta. En caso de remitir el ticket del cajero con el número de CBU, es necesario firma, aclaración y DNI.
Fotocopia del DNI del titular de la cuenta.

Los Débitos tienen fecha de Proceso los días de Vencimiento de Cuota de cada mes, si el primer mes no se debitara por alguna razón, pasaría al mes siguiente sin Bonificación. A la segunda cuota adeudada se dará de baja al servicio y tendrá que pagar el importe en nuestras oficinas.