ADHESION DEBITO AUTOMATICO
POR TARJETA DE CREDITO VISA

Caja 1958 — CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LOS PROFESIONALES DE LA INGENIERIA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE 2° CIRCUNSCRIPCION

Apellido y Nombre:…… Afiliado Nº:……

E-mail: ……...

Teléfono: …… Fecha: ……./……../……

DATOS DEL TITULAR DE LA TARJETA (es imprescindible completar todos los datos)

Apellido y Nombre:……

Tipo y Nº de documento del Titular:…… ……..…

Banco Emisor:……

Nº DE TARJETA DE CREDITO (16 posiciones)

Vencimiento	/					-				-					-				

Conceptos a debitar:

- ☐ **CUOTA PREVISIONAL**
- ☐ **CUOTA MANTEMINIENTO PANTEON**
- ☐ **CONVENIO DE COBRANZA JUBILATORIA Y/O ASISTENCIAL (PLAN FRANCES)**
- ☐ **CUOTA ASISTENCIAL + COSEGUROS ODONTOLOGICOS Y MEDICOS**
- ☐ **PRESTAMOS**
- ☐ **SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS**
- ☐ **OTROS :**

Nota: si por cualquier razón la Caja de Previsión Social de los Profesionales de la Ingeniería de la 2da. Circunscripción se ve imposibilitada de cobrar por el sistema de débito automático con tarjeta de crédito VISA los conceptos autorizados a debitar en este formulario, me hago responsable de saldar dichos importes a las 48 hs hábiles a partir de dicha comunicación, caso contrario se dispone la mora automática sin necesidad de nueva interpelación, en cuyo caso se procederá a suspender el servicio y/o asistencia y/o prestación que corresponda, y se aplicarán los intereses que correspondan. Asimismo soy responsable y me comprometo a informar a esta Institución la renuncia del sistema de débito automático, la baja de la tarjeta de crédito, la mora en el pago de la tarjeta de crédito, o cualquier otra circunstancia que impida el pago de los servicios acordados en tiempo y forma.

AUTORIZACIÓN PARA EFECTUAR EL PAGO CON TARJETA DE CREDITO

Con mi firma, autorizo a la Entidad a realizar la operatoria de débito directo por tarjeta de crédito VISA

……	……	……
Firma Titular de la Tarjeta de Crédito	Aclaración de Firma	Tipo y Nº de Documento
……	……	……
Firma Titular del Afiliado	Aclaración de Firma	Tipo y Nº de Documento