

SRES. RED SALUD SA
Humberto Primo 653
Ciudad de Córdoba
X5000KPI. CÓRDOBA

Fecha: ____/____/____

REF: Solicitud de adhesión al Servicio de Pago Directo

1. Datos del Titular de la Obra Social:

Apellido y Nombre: _____

Tipo y N° Documento: _____

2. Datos del Titular de la Cuenta Bancaria:

Apellido y Nombre: _____

Tipo y N° Documento: _____

N° de CUIT/CUIL: _____

N° de CBU: _____

3. Datos de la Cuenta:

Banco: _____ Sucursal: _____

Tipo de Cuenta: Cuenta Corriente // Caja de Ahorros

N° de Cuenta: _____

4. Autorización:

Por medio de la presente y con mi firma estampada autorizo a realizar la operatoria de Pago Directo correspondiente al Sistema Nacional de Pagos reglamentado por el Banco Central de la República Argentina en sus comunicaciones A2559, A2622 y A2623 en la cuenta cuyos datos se consignan en los puntos 1, 2 y 3.

Mi incorporación al sistema se producirá recién cuando reciba una factura con la leyenda “cobro por débito automático”. Hasta tanto ello no ocurra continuaré efectuando los pagos como hasta el presente. La baja del sistema se producirá cuando dicha leyenda sea eliminada de la factura y hasta tanto ello ocurra los importes adeudados se debitarán de mi cuenta.

5. Quedo notificado de que el pago de la primera factura deberé efectuarlo a través de los otros medios habilitados.

FIRMA: _____

Aclaración: _____