



Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**REF: Solicitud de adhesión Débito Automático Tarjeta de Crédito**

Por la presente solicito se debite automáticamente de mi cuenta, las cuotas que correspondan al servicio contratado, conforme a las condiciones y al sistema de actualizaciones fijado por RED SALUD SA. Si por cualquier causa la utilización de la tarjeta y/o débito de las cuotas estuvieran inhibidas, tanto Tarjeta VISA, como la Entidad Emisora, se encuentran Exentas de toda responsabilidad derivada del contrato suscripto con RED SALUD SA, aún cuando éste solicite el cese del débito, es decir, la baja del sistema.

Nombre del Titular del Plan: \_\_\_\_\_

Tipo y N° de Documento Afiliado: \_\_\_\_\_ PLAN: \_\_\_\_\_

N° de Tarjeta: \_\_\_\_\_ Vto.: \_\_\_\_\_

Código de Seguridad: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Titular de la Tarjeta: \_\_\_\_\_

Tipo y N° de Documento Titular de la Tarjeta: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

De la misma manera me comprometo a informar cualquier cambio en el número de tarjeta antes mencionado. La presente autorización tiene validez desde la recepción de la misma por el establecimiento, hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.-

FIRMA DEL TITULAR DE LA TARJETA: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_