WWW.OSPOCE.COM.AR • facturacion@ospoce.com.ar
Bme. Mitre 1523 - (1037) CABA (de 11 a 16 Hs.) • Call Center Ospoce: 0800-321-6776 (de 9:00 a 18:00 Hs.)

Un aporte bien hecho

SOLICITUD DE ADHESIÓN AL DÉBITO AUTOMÁTICO

TARJETAS DE CRÉDITO VISA - MASTERCARD - AMERICAN EXPRESS Fecha:...../...../.....

Titular de la cobertura médica

Apellido/s: .....

Nombres: .....

Tipo y Nº Documento: .....

Domicilio Particular: Calle .....

Nº: ..... Piso: ..... Dto.: ..... Localidad: ..... C.P.: .....

E-mail: ..... Tel.: .....

Titular de la tarjeta de crédito

Apellido/s: .....

Nombres: .....

Tipo y Nº Documento: .....

Tarjeta de Crédito: .....Nº: .....

Vencimiento: ..... /..... /.....

El que suscribe, en mi carácter de titular de la tarjeta de crédito, autorizo por la presente ha realizar el débito automático mensual de las cuotas de servicio médico ofrecido por OSPOCE al titular de la cobertura anteriormente mencionado.
La presente autorización tiene validez desde la recepción de la misma por el Establecimiento hasta el vencimiento de la tarjeta, en tanto no medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.
De la misma manera me comprometo a informar cualquier cambio en el Nº de tarjeta para la continuidad de los débitos.

Presentar el formulario debidamente completo y firmado.
escaneado por e-mail a: facturacion@ospoce.com.ar

Firma

Aclaración