

**Caja de Previsión y Seguridad Social de Abogados y
Procuradores de la Provincia de Córdoba**



27 DE ABRIL 842 - TEL. 4230618 - 4235900 - 4227279 - FAX 0351 - 4230618
Tel.: (Servicio Médico 0351) 4232750 –4255178 –155284546 – (solo autorizaciones wapp.) 5000 – Cba
web: www.caja-abogados.org.ar - e-mail: información@caja-abogados.com.ar -
controldeaportes@caja-abogados.com.ar

SOLICITUD DE ALTA DE DÉBITO AUTOMÁTICO

BAJA DEBITO AUTOMATICO

Fecha:

AFILIADO N°:

Apellido y Nombre del Titular:

:

DNI:

INDIQUE CON UNA TILDE:

TARJETA: MASTER

VISA

NARANJA

BANCO EMISOR DE LA TARJETA:

Nro. de Tarjeta:

Vencimiento:

TILDE EL CONCEPTO QUE DESEA SE DESCUENTE DESDE TARJETA:

*CUOTAS MENSUALES

*PLAN DE PAGOS

*CUOTAS MENSUALES DEL SERVICIO SOLIDARIO DE SALUD

AUTORIZACIÓN:

El que suscribe, en mi carácter de titular de la tarjeta.....indicada precedentemente, solicito por vuestro intermedio la cancelación del Débito Automático del pago de las cuotas mensuales y/o cuotas del Servicio Médico, y/o Planes de Pago, que en su oportunidad contratara con la **Caja de Previsión y Seguridad Social de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba** (según lo detallado arriba), y que se realiza mensualmente en mi tarjeta.....

.....
Firma del Titular / Afiliado

.....
Tipo y nro. de documento

.....
Correo Electrónico

.....
Aclaración

.....
Teléfono