

**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 -
controldeportes@caja-abogados.com.ar

SOLICITUD DE ALTA DE DÉBITO AUTOMÁTICO

ALTA/ CAMBIO

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:

- 1- El que suscribe, en mi carácter de titular de la Tarjeta indicada precedentemente, autorizo por la presente a que el pago de las cuotas mensuales, y/o cuotas del Servicio Médico, emergentes de mis obligaciones para con la **Caja de Previsión y Seguridad Social de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba** (detallado arriba) sean debitadas en forma directa y automática en el resumen de cuenta de la tarjeta correspondiente.
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 la **Caja de Previsión y Seguridad Social de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba** hasta el vencimiento de la tarjeta y continuará con la renovación de la misma.
Asimismo, faculto a la **Caja de Previsión y Seguridad Social de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba** a presentar esta autorización en la Entidad correspondiente, a efectos de cumplimentar la misma.
- 2- **BAJA DEL DEBITO AUTOMÁTICO:** Podrá dejar de prestarse el servicio por:
 - Decisión unilateral de la **Caja de Previsión y Seguridad Social de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba** ó la Entidad de dicha Tarjeta, sin necesidad de involucrar causa alguna, haciendo efectiva la baja a partir de los (30) treinta días posteriores a la comunicación.
 - Voluntad del firmante mediante comunicación escrita a la **Caja de Previsión y Seguridad Social de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba** y/o a la Entidad de la Tarjeta, haciéndose efectiva la baja a partir del mes correspondiente.
 - Mora en el pago de 30 días corridos, contados desde la fecha de vencimiento.
- 3- Cualquier trámite por discrepancia con los importes debitados será efectuado por mí, única y exclusivamente, ante la **Caja de Previsión y Seguridad Social de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba**. Sin perjuicio de ello, el Banco procederá a revertir operaciones ya debitadas en los términos de la Comunicación "A" 2508 del B.C.R.A., ante una instrucción expresa de mi parte. Esta instrucción solamente se podrá cursar dentro de los treinta (30) días corridos contados desde la fecha de débito. Se deja aclarado que asumo la responsabilidad por las consecuencias que pudiera producir la reversión por mi ordenada.
- 4- También con motivo de discrepancias en la facturación debida, el Banco podrá, ante una notificación expresa de mi parte, suspender el pago, de una facturación hasta el día hábil anterior a su vencimiento inclusive, bajo mi exclusiva responsabilidad.
- 5- Declaro conocer y aceptar las condiciones y costos que rigen esta modalidad de pago, y que por cualquier motivo que fuera resuelto el contrato de Tarjeta de Crédito, convengo expresamente que la entidad bancaria en cuestión, se encuentra exento de toda responsabilidad civil o penal derivada de mis obligaciones para con la **Caja de Previsión y Seguridad Social de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba**.

.....
Firma del Titular / Afiliado

.....
Tipo y nro. de documento

.....
Correo Electrónico

.....
Aclaración

.....
Teléfono