

Fecha, de de

**Señores de la
ASOCIACIÓN DE
PSIQUIATRAS ARGENTINOS**

El que suscribe
en mi carácter de titular de la tarjeta de Credito
Nº (16 NUMEROS) - -
siendo el Socio Nº Cat.....

autorizo por la presente a que el pago correspondiente a las cuotas mensuales por la contratación del servicio ofrecido por la ASOCIACIÓN DE PSIQUIATRAS ARGENTINOS (APSA), sea debitado en forma directa y automática en el resumen de cuenta citada precedentemente y/o sus correspondientes reemplazos.

De la misma manera me comprometo a informar cualquier cambio en el Nº de tarjeta antes mencionado.

La presente autorización tiene validez desde la recepción de la misma por el Establecimiento hasta el vencimiento de la tarjeta y continuará con la renovación de la misma, hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

Asimismo, faculto a APSA a presentar esta autorización en..... a efectos de cumplimentar la misma.

Sin más, saludo a Uds. atentamente.

.....

Firma

Aclaración de firma

Documento (tipo y Nº)

Vencimiento de Tarjeta/...../.....

Telefono de contacto.....

e-mail.....