

Fecha, ..... de ..... de .....

**Señores de la  
ASOCIACIÓN DE  
PSIQUIATRAS ARGENTINOS**

El que suscribe .....  
en mi carácter de titular de la tarjeta de Credito .....  
N° (16 NUMEROS) ..... - ..... - .....  
siendo el Socio N° ..... 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 N° 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 N°) .....

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

Telefono de contacto.....

e-mail.....