

## AUTORIZACION DE DEBITO AUTOMATICO

DIA	MES	AÑO

Por la presente solicito que las cuotas Mensuales \_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ que debo abonar a: **Asociación Uruguaya de Oftalmólogos** sean debitadas de mi tarjeta de crédito a través del sistema de débito automático.

En tal sentido autorizo expresamente a:

**American Express**     **Cabal**     **Diners**     **Mastercard**     **Visa**

a debitar de mi cuenta los importes correspondientes, mandatando a Afiden S.A. a pagar dicha suma a: **Asociación Uruguaya de Oftalmólogos**.

**Nombres** \_\_\_\_\_  
**Apellidos** \_\_\_\_\_  
**Dirección** \_\_\_\_\_  
**Teléfono** \_\_\_\_\_  
**Nº de tarjeta** \_\_\_\_\_ **Vto.** \_\_\_\_\_  
**E-mail** \_\_\_\_\_

La presente continuara vigente hasta tanto no medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla. La misma deberá comunicarse por escrito o via fax a Afiden S.A. la que se compromete a efectuar la desafiliación en un plazo no mayor de las 72 horas. Reconozco expresamente que tanto la prestación del servicio por parte de Afiden S.A. como los importes que autorizo a debitar de mi resumen, tienen como causa exclusiva la relacion contractual existente entre Afiden S.A. y el suscrito, siendo los importes a debitar exactamente el monto informado por **Asociación Uruguaya de Oftalmólogos**. Es de mi conocimiento que el debito mensual se efectuará por mes calendario adelantado, como asimismo debe ser cancelado de la misma forma.

*Firma del titular de la tarjeta* \_\_\_\_\_

*Aclaración de firma* \_\_\_\_\_

*Doc. de identidad* \_\_\_\_\_

*Nº de afiliado* \_\_\_\_\_

*Monto de la cuota al momento de afiliación* \_\_\_\_\_

*Último recibo pago* \_\_\_\_\_