

AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO

Por la presente autorizo a SAIP Cooperativa de Seguros que sean facturados y cobrados por mi cuenta y orden a través del SISTEMA DE DÉBITO AUTOMÁTICO de mi tarjeta Visa DCA AMEX Master, los importes generados o a generar, por concepto de pago de servicios prestados por SAIP. Los mismos serán debitados automáticamente de mi tarjeta/cuenta informada a continuación comprometiéndome a tener mi cuenta vigente y a mantener suficiente saldo disponible.

La presente instrucción se considerará válida y vigente en tanto no comunique su revocación en forma escrita a SAIP. Asimismo, correrá de mi cuenta aclarar diferendos que pudieran surgir con SAIP.

Estoy en conocimiento que para el correcto funcionamiento del Débito Automático debo informar a SAIP Cooperativa de Seguros ante cualquier modificación en el número y/ o vencimiento de mi tarjeta ya sea por renovación de la misma u otras causas.

Apellido y Nombre

Dirección

Tel/Cel

e-mail:

Tarjeta

Vto.

Nombre del titular de la tarjeta
(Nombre grabado en la tarjeta)

Firma del titular de la tarjeta

Firma del socio

Cantidad de cuotas