



La Plata , _____ de _____ de _____

Señores:
Establecimiento

De mi consideración:

El que suscribe _____ en mi carácter
de titular de la tarjeta Visa/Visa Electrón / Mastercard Crédito / Mastercard Debito N°

_____ autorizo por la presente a que el
pago correspondiente a las cuotas mensuales de:

_____,
sean debitadas en forma directa y automática en el resumen de cuenta de la tarjeta citada
precedentemente y/o de sus correspondientes plazos.

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 presente por el Establecimiento,
hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

Asimismo, faculto a Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Pcia. Bs. As.
a presentar esta autorización en Prisma Medios de Pago S.A a efectos de cumplimentar la misma.
Saludo a Uds. atentamente.

Firma

Aclaración de firma: _____

Documento (Tipo y N°): _____

Afiliado n°: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____