



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: \_\_\_\_\_