



DAR DE ALTA

AUTORIZO AL **CONSEJO DE MEDICOS DE LA PCIA DE CBA**

EL DÉBITO AUTOMÁTICO DE MI TARJETA
(Seleccionar con una Cruz)

- ☐ Mastercard
- ☐ Visa
- ☐ American Express
- ☐ Naranja

NÚMERO DE TARJETA

BANCO EMISOR DE LA TARJETA

APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA

.....

VENCIMIENTO __/__/__

ADHIERO A DR/DRA MP Nº

EN CONCEPTO DE
CUOTA COLEGIACIÓN
CUOTA SEGURO - FISAP
CUOTA APROSS
CUOTA CURSOS

FECHA

DOMICILIO

TE:

E-Mail

Firma Tirular de la Tarjeta

Ajuntar fotocopia DNI del Titular y el frente Tarjeta