

DAR DE ALTA

Autorizo al **CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA**

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 N°

EN CONCEPTO DE

- Cuota colegiación
- Cuota seguro - FISAP
- Cuota APROSS
- Cuota cursos

FECHA

DOMICILIO

TE

E-MAIL

Firma del titular de la tarjeta

Adjuntar fotocopia del DNI del titular y el frente de la tarjeta.