



**ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA DE LA MANO  
PAGO DE CUOTA SOCIETARIA POR DEBITO EN CTA/CTE O CAJA DE  
AHORRO**

Buenos Aires, ..... de .....de .....

De mi consideración:

El que suscribe,.....  
En mi carácter de titular la cuenta corriente/caja de ahorro CBU N°  
..... y afiliado a la ASOCIACION ARGENTINA DE  
CIRUGIA DE LA MANO socio N°.....  
autoriza por la presente a que el pago correspondiente a las cuotas mensuales por la  
contratación del servicio ofrecido por dicha Asociación sean debitados en forma directa y  
automática de la cuenta citada precedentemente.

Dejo especialmente establecido que podrá dar por cumplida la presente autorización  
mediante la sola declaración fehacientemente comunicada, sin perjuicio por tal de los  
importes que pudieran corresponderme en función de servicios ya recibidos con  
anterioridad.

Asimismo faculto a la ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA DE LA MANO a presentar  
esta autorización donde corresponda a efectos de cumplimentar la misma.

Saludo a Uds. Atentamente.

-----  
Firma

Documento de Identidad (tipo y numero) .....  
Banco y Sucursal donde esta radicada la cuenta.....  
Domicilio Particular .....  
Domicilio Profesional .....  
Teléfono/Fax .....

\*\* Se informa que la adhesión al débito en cuenta permanecerá en vigencia para los años  
subsiguientes hasta que el titular notifique la cancelación de la misma