

ADHESIÓN A CABAL

FECHA:

SOLICITUD DE SERVICIO DE PAGO DIRECTO

AUTORIZO A DEBITAR DE MI CUENTA INDICADA AL PIE DE LA PRESENTE, EL IMPORTE DE LAS FACTURAS EMITIDAS POR:

COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE LA Prov. de SANTA FE 2ª. CIRCUNSCRIPCIÓN

EN CONCEPTO DE

- CUOTA MATRÍCULA MENSUAL
- CONVENIO DE PAGO
- CUOTA MENSUAL ASOCIACIÓN MÉDICA
ROSARIO

(Marcar lo que corresponda)

APELLIDO Y NOMBRE:

MATRÍCULA:

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO:

Nº TARJETA:

BANCO EMISOR:

TITULAR:

.....
FIRMA