

## ADHESIÓN A MASTERCARD

**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**