

Número de Contrato:

Ciudad

Fecha

YO, COMO TITULAR DE LA CUENTA O TARJETA DE CRÉDITO

Apellidos:

Nombres:

Documento de Identificación CC/PASSPORT:

Autorizo a ustedes a debitar de mi cuenta o tarjeta de crédito:

FORMA DE PAGO

1. Cta. Corriente Banco N°:

2. Cta. Ahorros Banco N°:

2. Tarjeta de crédito Emisora N°:

Caducidad

PERIODO DE PAGO

1. Mensual 2. Bimensual 3. Trimestral

4. Semestral 5. Anual 6. Cuatrimestres

ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES

Cualquier instrucción que invalide esta autorización la presentaré a ustedes y a SALUDSA con 30 días de anticipación.

Eximo al Banco, Tarjeta de Crédito, de cualquier responsabilidad por las cuotas reportadas por SALUDSA por lo cual desde ya renuncio a cualquier acción legal en contra de la institución.

FIRMA TITULAR CUENTA

FIRMA TITULAR DEL CONTRATO
CI:

* Adjuntar copia de cédula DEL TITULAR DE CUENTA Y CONTRATO

*Enviar o dejar en las direcciones de las oficinas detalladas en nuestra web www.saludsa.com