



Asociación Mutual del Personal de Philips Argentina

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO CON TARJETA DE CREDITO VISA

(A completar en letra IMPRENTA y MAYUSCULA)

Sres, de **Asociación Mutual del
Personal de Philips Argentina (AMPAR)**

De mi consideración:

El que suscribe
en mi carácter de titular de la tarjeta de crédito VISA N°,
autorizo por la presente a que el pago de las cuotas mensuales del servicio médico
perteneiente y contratado por el Sr /Sra y
ofrecido por la Asociación Mutual del Personal de Philips Argentina sean debitados en
forma directa y automática en el resumen de cuenta de la tarjeta citada precedentemente
en las fechas de vencimiento establecidas por la Entidad.

De la misma manera me comprometo a informar, antes de la fecha de vencimiento
mensual, cualquier cambio en el N° de tarjeta o cualquier inconveniente que impida hacer
efectivo el débito mensual.

La presente autorización tiene validez desde la recepción de la presente (en original o vía
mail) y hasta tanto medie comunicación fehaciente a AMPAR de mi parte para revocarla.

Asimismo, faculto a la Asociación Mutual del Personal de Philips Argentina a presentar
esta autorización en Visa Argentina a efectos de cumplimentar la misma.

Datos del Titular de la tarjeta:

Firma:..... Aclaración:

D.N.I: Lugar y fecha:.....

Teléfono: Mail:

Parentesco con asociado titular de AMPAR: TITULAR – CONYUGE – HIJO- PADRE-NIETO

Control interno AMPAR

AUTORIZADO / CONTROLADO

.....

Firma y aclaración del responsable de Adm Y Fin.