

AUTORIZACION DEBITO AUTOMATICO – CAJA DE AHORROS – Bco Cht

Por la presente AUTORIZO al Instituto de Seguridad Social y Seguros para debitar automáticamente en mi cuenta, la cuota mensual de afiliado al SEROS VITAL y/o coseguros por prácticas médico asistenciales, conforme a las condiciones y al sistema de actualizaciones fijado por la empresa que los brinda, dando mi conformidad para utilizar los datos de mi cuenta bancaria personal que detallo a continuación. Me comprometo a contar con fondos suficientes en mi caja de ahorro/cuenta corriente a los fines de poder hacerse efectivo el débito para cancelar la obligación correspondiente. **ES EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD** del titular de la Caja de Ahorro/Cuenta Corriente efectuar el debido control del debito mensual efectuado. Todo reclamo debe ser sustanciado con el establecimiento adherido. Si por cualquier causa la utilización de la caja de ahorro estuviera inhibida, el Banco del Chubut S.A. se encuentra exento de toda responsabilidad derivada del contrato suscripto con el establecimiento adherido, aun cuando éste solicite el cese del débito o la baja del sistema antes del día 10 de cada mes.-----

Datos de la Caja de Ahorro a Debitar (adjuntar copia expedida por entidad bancaria)

Nro CBU (clave bancaria única):.....

Nro. de Cuenta:.....

Apellido y Nombre del Titular:.....

CUIL/CUIT del Titular:.....**Nº Documento del Titular:**

Firma del Titular de la Caja de Ahorro:.....

DATOS AFILIADO SEROS VITAL

Apellido y Nombre:.....

Tipo y Nro. de Documento:.....

Lugar y Fecha:.....

Observaciones:.....

Certificación de Datos por Personal del ISSyS

Lugar y Fecha:.....

Firma y Sello de la Autoridad Certificante – ISSyS:.....