

AUTORIZACION DEBITO AUTOMATICO

Por la presente **AUTORIZO** al Instituto de Seguridad Social y Seguros a debitar automáticamente en mi tarjeta de crédito, la cuota mensual de afiliado a **SEROS VITAL**, 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 tarjeta de crédito que detallo a continuación. Me comprometo a contar con saldo suficiente en la misma a los fines de poder hacerse efectivo el débito para cancelar la obligación correspondiente. **ES EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD** del titular de la Tarjeta efectuar el debido control del débito mensual efectuado. Todo reclamo debe ser sustanciado con el establecimiento adherido. Toda solicitud de cese del débito o la baja del sistema debe realizarse antes del día 10 de cada mes.-----

DATOS TARJETA DE CREDITO

Tipo de TARJETA: *(tache lo que no corresponda)*

VISA – MASTERCARD – PATAGONIA 365

Nro. de tarjeta:

Vencimiento Tarjeta:...../...../..... **Nro Documento del Titular:**.....

Apellido y Nombre del Titular de la Tarjeta:.....

Firma del Titular de la Tarjeta:.....

DATOS AFILIADO SEROS VITAL

Apellido y Nombre:.....**Nro Afiliado:**.....

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

Lugar y Fecha:.....

Firma:.....

Observaciones:.....

Certificación de datos por empleado ISSyS

Firma y Sello del Agente Certificante:.....