

Buenos Aires, ..... de ..... de .....

Señores  
Sociedad Argentina de Hematología  
Establecimiento N° 0013742838  
Presente:

El que suscribe ..... en mi carácter de titular de la tarjeta VISA N° .....-.....-..... autorizo por la presente a que el pago correspondiente a las cuotas mensuales por la contratación del servicio ofrecido por SOCIEDAD ARGENTINA DE HEMATOLOGÍA sean debitadas en forma directa y automática en el resumen de cuenta de la tarjeta citada precedentemente y/o sus correspondientes reemplazos.  
De la misma manera me comprometo a informar cualquier cambio en el N° de tarjeta antes mencionado.

La presente autorización tiene validez desde la recepción de la misma por el Establecimiento hasta el vencimiento de la tarjeta y continuará con la renovación de la misma, hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

Asimismo, faculto a SOCIEDAD ARGENTINA DE HEMATOLOGÍA a presentar esta autorización en VISA Argentina S.A. a efectos de cumplimentar la misma.

Sin mas, saludo a Uds. atentamente.

.....  
Firma

Aclaración de firma .....  
Documento (tipo y N°) .....  
Vencimiento de Tarjeta ...../...../.....