

Débito Automático

Tarjeta Mastercard:

Nº. Fecha de Vencimiento

Dirección

CP Loc. /Pcia.:

Tel./Fax: Otros:

Concepto: Cuota Societaria

Titular Adherente

Otros

Autorizo a debitar de mi tarjeta de Crédito el importe correspondiente.

Firma

Aclaración

(Esta ficha sólo será válida si la firma es original. Por tal motivo sólo se aceptarán fichas que se envíen por correo. No se aceptarán fichas enviadas por fax o e-mail,)