

Buenos Aires, de de

Señores
Sociedad Argentina de Hematología
Establecimiento N° 0013742838
Presente:

El que suscribe..... en mi carácter de titular de la tarjeta MASTERCARD, MASTERCARD EXECUTIVE BUSINESSCARD®, MASTERCARD ELECTRONIC BUSINESSCARD®, ARGENCARD®, MAESTRO® N°-.....-..... autorizo por la presente a que el pago correspondiente a la cuota anual 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 MASTERCARD 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/...../.....