

AUTORIZACION DE DEBITO AUTOMATICO

Por la presente solicito que las cuotas mensuales _____ o _____ que debo abonar a: **Sociedad de Medicina Interna del Uruguay** sean debitados de mi tarjeta de crédito a través del sistema de débito automático.

En tal sentido autorizo expresamente a:

MASTERCARD _____ **VISA** _____ **DINERS** _____ **AMERICAN EXPRESS** _____

CABAL _____ **CREDITEL** _____ **TARJETA D** _____ **ITALCRED** _____ **LIDER** _____

a debitar de mi cuenta los importes correspondientes, mandatando a Fácilpago (Afiden S.A.) a pagar dicha suma a: **Sociedad de Medicina Interna del Uruguay**.

Nombres _____

Apellidos _____

Dirección _____

Teléfono _____ e-mail _____

Nº de tarjeta _____ Vencimiento _____

La presente continuara vigente hasta tanto no medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla. La misma deberá comunicarse por escrito o vía fax a Fácilpago (Afiden S.A.) quien se compromete a efectuar la desafiliación en un plazo no mayor a 72 horas.

Reconozco expresamente que tanto la prestación del servicio por parte de Fácilpago (Afiden S.A.) como los importes que autorizo a debitar de mi resumen, tienen como causa exclusiva la relación entre Fácilpago (Afiden S.A.) y el suscrito, siendo los importes a debitar el monto informado: **Sociedad de Medicina Interna del Uruguay**. Es de mi conocimiento que el débito mensual se efectuará a mes calendario adelantado, como asimismo debe ser cancelado de la misma forma.

Firma del titular de la tarjeta _____

Aclaración de Firma _____

Doc. De identidad _____

N de Socio: _____

Fecha: _____