



CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTÓLOGOS Y BIOQUÍMICOS DE SALTA

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO - CUENTA BANCARIA

AFILIADO NRO. :

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

NRO. CBU:

NRO. DE CUENTA

Yo, _____ (nombre del afiliado), en mi carácter de titular de la cuenta bancaria detallada con anterioridad, autorizo por la presente a que el pago correspondiente por: *tildar el que corresponde*.

Aportes Previsiones Aportes Adicionales Cuotas préstamos, serán debitados en forma automática y directa en el resumen de cuenta citada.

En caso que el Banco por alguna razón ajena a la Caja, no retuviera los conceptos en cuestión, me comprometo a abonarlos en la sede de la Caja, antes que finalice el mes en que se produce el vencimiento correspondiente, caso contrario los mismo se abonarán con los recargos correspondientes.

La presente autorización tiene validez desde la recepción de la presente por la entidad, hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

CONFORMIDAD DEL AFILIADO

Fecha y lugar

.....

Firma y aclaración del titular

.....