Lugar y fecha:

A: Directorio C.P.S.M.R.N

GENERAL ROCA

De mi consideración:

Mediante la presente autorizo a la Caja de Previsión Social Médica de Río Negro a debitar de mi cuenta cuyos datos se adjuntan, los siguientes importes:

**Marcar con una X lo que corresponda.**

|  |  |
| --- | --- |
|   | APORTE PREVISIONAL MENSUAL |
|   | CUOTA PLAN DE PAGOS APORTES - TOTAL \_\_\_ CUOTAS DE $ \_\_\_\_\_\_\_ |
|   | CUOTA CREDITO - TOTAL \_\_\_\_\_\_CUOTAS DE $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

La falta de saldo en la cuenta que imposibilite la realización del debito será de mi exclusiva responsabilidad.

APELLIDO Y NOMBRE TITULAR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CUIT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° CUENTA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CBU N°

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

INDICAR SI ES CAJA DE AHORRO O CTA CTE.

CORREO ELECTRÓNICO:

**NOTA: La Caja no se responsabiliza por la falta de saldo en las cuentas, siendo responsabilidad de cada profesional el control de las mismas.**

Sin otro particular, saludo a Ud. Atte.

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ D.N.I.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_