



Carta de Autorización del Usuario

Señores Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires:

El que suscribe _____ en carácter de titular de la tarjeta VISA N° _____ - _____ - _____ autoriza por la presente a que el pago correspondiente a las cuotas mensuales por la contratación de los servicios indicados en la presente, ofrecidos por la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires, sean debitadas en forma directa y automática de la tarjeta **cuya fotocopia se adjunta** y/o de sus correspondientes reemplazos.

Seleccionar	Servicios a debitar de su tarjeta VISA	Número de préstamo
	Aporte Fijo Mensual	No corresponde
	Plan de Facilidades	
	Préstamo Hipotecario	
	Préstamo Personal	
	Préstamo con Garantía Hipotecaria	

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 la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires a presentar esta autorización en VISA Argentina S.A. a efectos de cumplimentar la misma.

Saludo a uds. atentamente.

FAF 002 Rev. 001

_____/_____/_____ Fecha	_____ Firma	_____ Aclaración de firma
_____ Domicilio	_____ Localidad	
_____ Teléfono	_____ eMail	
_____ Documento (tipo y N°)	_____ Vencimiento de la Tarjeta	_____ Banco emisor de la Tarjeta
_____ Matrícula Provincial N°		