

**AUTORIZACIÓN PARA DEBITAR LAS CUOTAS SOCIALES  
CON TARJETAS DE CRÉDITO**

---

Por la presente autorizo a ENDIBA – Endoscopistas Digestivos de Buenos Aires, a debitar de mi resumen de tarjeta de crédito que indico más adelante, las cuotas sociales de esa Asociación Civil.-

Dejo establecido que podrá dar por cumplida la presente autorización, mediante la sola declaración fehacientemente comunicada sin perjuicio por tal de los importes que pudieran corresponderme en función de servicios ya recibidos con anterioridad.-

Asimismo faculto a ENDIBA, a presentar esta autorización en VISA ARGENTINA S.A. y ARGENCARD S.A., a efectos de cumplimentar la misma.-  
**(Marcar si se trata de tarjeta de débito o de crédito)**

TARJETA VISA Nº.....VTO...../...../.....  Débito  
 Crédito

TARJETA MASTERCARD Nº..... VTO...../...../.....  Crédito

DOC.DE IDENTIDAD:.....

FIRMA:.....

ACLARACIÓN DE FIRMA:.....

Presentación de la solicitud: Fecha.....Mes.....Año.....

Aprobación de la solicitud: Fecha.....Mes.....Año.....