

DAR DE ALTA



AUTORIZO AL **CONSEJO DE MEDICOS DE LA PCIA DE CBA**

EL DÉBITO AUTOMÁTICO DE MI TARJETA
(Seleccionar con una Cruz)

- Mastercard
- Visa
- American Express
- Naranja

NÚMERO DE TARJETA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA

.....

VENCIMIENTO __/__/__

ADHIERO A DR/DRA MP N°

EN CONCEPTO DE

CUOTA COLEGIACIÓN
CUOTA SEGURO - FISAP
CUOTA APROSS
CUOTA CURSOS

1	
2	
3	
4	

FECHA

DOMICILIO

TE:

E-Mail

Firma Titular de la Tarjeta

Ajuntar fotocopia DNI del Titular y el frente Tarjeta