

_____, ____ de _____ de ____
(Lugar) (Fecha)

**Colegio de Obstétricas de la
Provincia de Buenos Aires**

De mi consideración:

La que suscribe, _____ en mi
carácter de titular de la tarjeta VISA / VISA ELECTRÓN N° _____

_____ autorizo por la presente a que, el pago correspondiente a las
cuotas mensuales por la contratación del servicio ofrecido por NOBLE ARP a través del
Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires, sean debitadas en forma
directa y automática en el resumen de cuenta de la tarjeta citada precedentemente y/o
de sus correspondientes reemplazos.

**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 presente por el Colegio
de Obstétricas, hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

Asimismo, faculto al Colegio de Obstétricas a presentar esta autorización en VISA
Argentina a efectos de cumplimentar la misma.

Saldo a Uds. muy atentamente.

Firma y Matrícula

Aclaración

Documento (Tipo y N°)

Vigencia desde: _____ a _____

Banco Emisor: _____

**EL PRESENTE FORMULARIO DEBERÁ SER LLENADO CON LETRA CLARA Y
TINTA DE TRAZO FUERTE/GRUESO Y REMITIDO VÍA FAX AL COLEGIO.**

0221 4890076 / 4276543 / 4245434 INTERNO 23