



**Sociedad  
Argentina de  
Ortodoncia**

**FORMULARIO DE ADHESIÓN A DÉBITO AUTOMÁTICO Socio N° .....**

Lugar y Fecha: .....

quien suscribe: ....., DNI: .....,  
con domicilio en ..... de la  
localidad de ....., autorizo por la  
presente, que los montos correspondientes a Cuotas Sociales y:

Cursos ..... Clínicas: .....

del suscripto y/o socio ..... sean debitados, a  
partir de la fecha, en forma directa y automática, en el resumen de la cuenta de la **Tarjeta de crédito:** ..... Titular: Apellido y nombre: ..... N°: .....

**Entidad emisora:** ....., con vencimiento el ..... y sus sucesivas renovaciones.-

Asimismo, hago constar que autorizo a la Sociedad Argentina de Ortodoncia –SAO, a efectuar el correspondiente trámite al efecto, presentando esta autorización a fin de implementar el débito indicado.-----

El presente requerimiento podrá ser dejado sin efecto, mediante nota expresa en la cual se indique la voluntad de cesar el débito automático antes señalado, quedando sujeto a las condiciones establecidas por la entidad emisora/autorizante, de acuerdo a las disposiciones de la autoridad de aplicación.-----

En caso de no poderse debitar el importe por algún problema relativo a la vigencia o validez de mi tarjeta de crédito, me comprometo expresamente a realizar el pago directamente a la Sociedad Argentina de Ortodoncia-SAO- al tomar conocimiento de dicha circunstancia, o ante el sólo requerimiento de dicha Sociedad. La imposibilidad de efectuar el débito por cualquier causa no imputable a la Sociedad Argentina de Ortodoncia-SAO, no podrá ser alegada por el suscripto, para justificar la falta de pago.-----

La adhesión al débito automático no implica la cancelación automática de los montos adeudados, ni novación de deuda.-----

.....  
Firma del Titular

.....  
Firma del Socio

.....  
Tipo y n° de Documento

.....  
Tipo y n° de Documento

ENTREGAR ESTE FORMULARIO EN:

**SOCIEDAD ARGENTINA DE ORTODONCIA -SAO**

Montevideo 971- (C1019ABS) C. A. B. A., República Argentina

Teléfono: (54-11) 4811-3220 y líneas rotativas - Fax: (54-11) 4815-5804

E-mail: [tesoreria@ortodoncia.org.ar](mailto:tesoreria@ortodoncia.org.ar) - Sitio web: [www.ortodoncia.org.ar](http://www.ortodoncia.org.ar)

**A completar por la SAO:**

| MODO RECEPCIÓN | FECHA | RECIBIDO POR | REGISTRADO POR |
|----------------|-------|--------------|----------------|
|                | / /   |              |                |
| Planilla D.A.  | / /   |              |                |
| Modelo Fac.    | / /   |              |                |
| Dirección Ad.  | / /   |              |                |