



**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 - Sitio web: www.ortodoncia.org.ar

A completar por la SAO:

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