

AUTORIZACION DE DÉBITO AUTOMÁTICO

Montevideo,de.....de 202...

El abajo suscrito (Nombres y apellidos completos).....

Cédula de identidad Nro....., Nro. De tarjeta

Autoriza a efectuar el DEBITO AUTOMÁTICO por medio de la tarjeta **OCA**, de los importes que adeude a C.A.S.E.F.C.A.S.M.U. Servicio Odontológico.

DIRECCION.....

TELEFONO.....

TITULAR DE CASEFCASMU.....

CEDULA DE IDENTIDAD.....

Esta autorización de débito automático por medio de la tarjeta, no responsabiliza a **OCA** sobre posibles reclamos fundados en montos a abonar o las características o calidad de las prestaciones

Brindadas por CASEFCASMU.

La notificación sobre cese de la autorización del débito, deberá ser comunicada por el usuario a CASEFCASMU, y dicha baja regirá a partir de los 30 días de la fecha de presentación de dicha notificación a Cabal.

FIRMA.....

ACLARACION DE FIRMA.....

Nro de FICHA.....