

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Lugar) (Fecha)

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

De mi consideración:

La que suscribe, \_\_\_\_\_ en mi

carácter de titular de la tarjeta VISA / VISA ELECTRÓN N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ autorizo por la presente a que las cuotas correspondientes (según consta en Ficha de Inscripción firmada) al pago del **“Curso de Antropología Obstétrica 2016”** a través del Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires, Consejo Superior 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.

Saludo a Uds. muy atentamente.

TILDAR LA FORMA DE PAGO ELEGIDA:

- Contado: \$ 1500 (mil quinientos)
- 7 Cuotas: \$ 250 (siete cuotas de pesos doscientos cincuenta)
- Contado: U\$S 120 (ciento veinte)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
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 4245434**