

_____, ____ 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 CREDITO / VISA DEBITO N° _____

_____ autorizo por la presente a que las cuotas correspondientes (según consta en Ficha de Inscripción firmada) al pago del **“III Encuentro Nacional de Obstétricas - III Curso de Actualización Obstétricas”** 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.

MP COPBA ⁽¹⁾		No MP COPBA	
<input type="checkbox"/> \$ 1800 Contado	<input type="checkbox"/> ó 3 ctas de \$ 700	<input type="checkbox"/> \$ 2100 Contado	<input type="checkbox"/> ó 3 ctas de \$ 800

⁽¹⁾Matriculadas en la Provincia de Buenos Aires (cualquiera de los 6 Distritos) Debiendo estar al día con la Matrícula.

Firma

Aclaración

Documento (Tipo y N°)

Vigencia desde: _____ a _____

Banco Emisor: _____

Número de Matrícula: _____

Número de celular: _____

**EL PRESENTE FORMULARIO DEBERÁ SER LLENADO CON LETRA CLARA Y TINTA DE TRAZO
FUERTE/GRUESO Y REMITIDO VÍA FAX AL COLEGIO (0221-4245434)**