

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

**Colegio de Obstétricas de la  
Provincia de Buenos Aires  
Distrito I – La Plata**

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 INTENSIVO: “Capacitación y Actualización  
en Anticoncepción”** a través del Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires, Distrito I – La  
Plata, 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.

Saldo a Uds. muy atentamente.

**(\*)COSTO DEL CURSO:**  **MATRICULADAS Distrito I - LP:**

- Contado: \$1200
- Cuotas: 3 x \$500 (\$1500)

**No Matriculadas Distrito I - LP:**

- Contado: \$1500
- Cuotas: 3 x \$600 (\$1800)

\_\_\_\_\_  
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 4276543 / WHATSAPP + 54 9 221 5526925 (SOLO MENSAJES WAP)**