

|  |
| --- |
| **Formulario de autorización cobro de cuota social por débito en cuenta.** |
| Por la presente, dejo constancia expresa de autorizar a la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria al cobro de las cuotas sociales, mediante el sistema de débito directo en mi cuenta bancaria personal. Dichos débitos serán realizados por los importes correspondiente a la cuota social que me corresponde como asociado a la entidad y será realizada en forma trimestral consecutiva (3 pagos), obligándome a mantener fondos suficientes para que dichos débitos puedan hacerse efectivos. |
| Los débitos se realizarán los días 15 o día hábil inmediato posterior. |
| **Datos del asociado** |
| Apellido: |
| Nombre: |
| Dirección |
| Localidad: |
| Provincia |
| Cuit / Cuil /DNI |
| Correo electrónico. |
| **Datos de la cuenta a debitar** |
| Banco: |
| CBU |
| Firma |
| Aclaración |
| Fecha |

F. D. Roosevelt 2445 4º “B” (C1428BOK) Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Argentina – Tel/Fax: + 54

(011) 4786-2257

[aamr@aamr.org.ar](mailto:aamr@aamr.org.ar) – [www.aamr.org.ar](http://www.aamr.org.ar/)