D:\Usuario\Desktop\Logo Facilpago.jpg Afiden S.A.

Andes 1365 – Of 521

Tel / Fax: 00598 29018132

Montevideo – Uruguay

**AUTORIZACION DE DEBITO AUTOMATICO**

Por la presente solicito que las cuotas mensuales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que debo abonar a: **Asociación de Fisioterapeutas del Uruguay** sean debitados de mi tarjeta de crédito a través del sistema de débito automático.

En tal sentido autorizo expresamente a:

**MASTERCARD \_\_\_ VISA \_\_\_ DINERS \_\_\_ AMERICAN EXPRESS \_\_\_**

**CABAL \_\_\_ CREDITEL \_\_\_ TARJETA D \_\_\_ ITALCRED\_\_\_ LIDER \_\_\_**

**a** debitar de mi cuenta los importes correspondientes, mandatando a Fácilpago (Afiden S.A.) a pagar dicha suma a: **Asociación de Fisioterapeutas del Uruguay.**

Nombres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº de tarjeta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vencimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La presente continuara vigente hasta tanto no medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla. La misma deberá comunicarse por escrito o vía fax a Fácilpago (Afiden S.A.) quien se compromete a efectuar la desafiliación en un plazo no mayor a 72 horas.

Reconozco expresamente que tanto la prestación del servicio por parte de Fácilpago (Afiden S.A.) como los importes que autorizo a debitar de mi resumen, tienen como causa exclusiva la relación entre Fácilpago (Afiden S.A.) y el suscrito, siendo los importes a debitar el monto informado: **Asociación de Fisioterapeutas del Uruguay.** Es de mi conocimiento que el débito mensual se efectuará a mes calendario adelantado, como asimismo debe ser cancelado de la misma forma.

Firma del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración de Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doc. De identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº de Socio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(lo agrega AFU)

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(lo agrega AFU)