SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PIERNA Y PIE
Vte. Lopez 1878 te: 4805-3677

PAGO DE CUOTA SOCIETARIA POR DÉBITO AUTOMÁTICO

Buenos Aires,_____ de_____ de_____

Señores:

Por la presente autorizo a la **SAMeCiPP** a debitar de forma directa el pago correspondiente a las cuota anual de afiliación.

DATOS DE LA TARJETA VISA CRÉDITO

Nombre que figura en la tarjeta:_____

DNI:_____

N° de tarjeta:_____

Fecha de vencimiento:_____

_____ Firma

_____ Aclaración