



**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: \_\_\_\_\_

Nº de tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración