

# Solicitud de Débito Automático

## Tarjeta de Crédito TARJETA NARANJA



Buenos Aires, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre

Asociado N°

A partir de la factura correspondiente al período:   
solicito que la cuota mensual del Plan de Salud sea debitada de la **Tarjeta de Crédito TARJETA NARANJA.**

N° de TARJETA NARANJA

Vencimiento  /  Dígito Verificador

Apellido y Nombre  
del Titular de la Tarjeta de Crédito

D.N.I.

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular de la Tarjeta

\_\_\_\_\_  
Aclaración de la Firma