Señores

SOCIEDAD ARGENTINA DE DERMATOLOGIA

De mi consideración

Autorizo a través de la presente que realicen el cobro de las cuotas anuales a través de Débito Directo en cuenta.

Los datos de la cuenta en donde deseo realizar el débito son: Cuenta Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Banco\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_El número de CBU \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_