



\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012 \_\_\_\_\_

SEÑORES:  
COLEGIO TECNICOS RADIOLOGOS  
PROVINCIA DE SANTA FE -2ª C

De mi consideración:

El que suscribe \_\_\_\_\_ en mi carácter de titular de la tarjeta Mastercard N° \_\_\_\_\_ autorizo por la presente a que el pago correspondiente a las cuotas mensuales por la MATRICULA MENSUAL, sean debitadas en forma directa y automática en el resumen de cuenta de la tarjeta citada precedentemente y/o de sus correspondientes plazos.

De la misma manera me comprometo a informar cualquier cambio en el N° de tarjeta antes mencionado.

La presente autorización tiene validez desde la recepción de la presente por el Establecimiento, hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

Asimismo, faculto a COLEGIO TECNICOS RADIOLOGOS PROVINCIA DE SANTA FE -2ª C a presentar esta autorización en Mastercard a efectos de cumplimentar la misma.

Saludo a Uds. atentamente.

\_\_\_\_\_  
Firma

Aclaración de firma: \_\_\_\_\_

Documento (Tipo y N°): \_\_\_\_\_