



_____ , _____ 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 Visa/Visa Electrón 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 Visa Argentina a efectos de cumplimentar la misma.

Saludo a Uds. atentamente.

Firma

Aclaración de firma: _____

Documento (Tipo y N°): _____