



SOLICITUD DE ADHESION A DEBITO AUTOMATICO		
NUMERO DE ASOCIADO A FEMEDICA		
APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR DE FEMEDICA		
TARJETA DE ADHESION (tache las que NO seleccione)		
AMEX	VISA	MASTERCARD
NUMERO COMPLETO DE TARJETA		
VENCIMIENTO DE LA TARJETA		
DOMICILIO POSTAL		
CALLE-NUMERO-PISO-DEPARTAMENTO		
LOCALIDAD - BARRIO		
CODIGO POSTAL		
CORREO ELECTRONICO		
TELEFONOS DE CONTACTO		

Imprimir esta planilla, completarla y devolver vía mail a cobranzas@femedica.com.ar o entregar personalmente en Hipólito Yrigoyen 1126, Planta Baja, de lunes a viernes de 8 a 13 y de 14 a 16 horas.

Devolver antes del día 11 del mes en curso para el ingreso del débito a partir del mes siguiente.

FIRMA		FECHA: / /
--------------	--	-------------------