

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	MASTERCARD	VISA
NUMERO COMPLETO DE TARJETA		
VENCIMIENTO DE LA TARJETA		
/		
DATOS PERSONALES		
CALLE - NUMERO - PISO - DEPARTAMENTO		
LOCALIDAD - BARRIO		
CODIGO POSTAL		
TELEFONO PARTICULAR		
TELEFONO MOVIL		
DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO		

Imprimir esta planilla, completarla y devolver via mail a cobranzas@femedica.com.ar

Devolver esta solicitud antes del dia 11 del mes en curso para el ingreso del débito

FIRMA

ACLARACION

FECHA