

SOLICITUD DE ADHESIÓN DE COBRO DE REINTEGROS POR TRANSFERENCIA BANCARIA

Informo por la presente mis datos bancarios a efectos de recibir vía transferencia electrónica, el pago de reintegros que pudieran corresponderme por prestaciones médicas:

Asociado N°:...../.....

Nombre y Apellido:.....

DNI:.....

Cuenta propia N° de CUIT:.....

Cuenta terceros N° de CUIT del titular de la cuenta:.....

CBU (22 dígitos):.....

Tipo y N° cuenta (incluir N° de sucursal):.....

Mail de Notificación:.....

Declaro que la presente tiene carácter de declaración jurada, comprometiéndome a notificar cualquier cambio con la antelación suficiente.

Saluda atte.

Firma y Aclaración del
Asociado TITULAR

Fecha