amffa Salud

SOLICITUD DE ADHESIÓN A DÉBITO DIRECTO

En mi/nuestro carácter de titular/es de la cuenta indicada precedentemente y dentro del marco del Sistem Nacional de Pagos, AUTORIZO/AMOS en forma expresa a A.M.F.F.A a debitar de la misma en las fechas de vencimiento mensual o en los períodos respectivos, los importes de las cuotas y/o abonos y/o facturas correspondientes a los Pagos Solicitados en la presente, en tanto estos resulten aceptados, en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales que se que se describen en la presente y que declaro/amos conocer y aceptar en su totalidad.

DATOS DEL ADHERENTE

Apellido y nombre o razón social.....
Tipo y n° de DNI/CUIT.....
Fecha de nacimiento.....
Teléfono particular.....
Calle.....N°..... Piso.....Dpto.....
Localidad.....Código Postal.....Provincia.....

DATOS DEL ADHERENTE

Banco.....
Sucursal.....
Localidad.....
Provincia.....
Caja de ahorro Cuenta corriente.....
N° de cuenta.....

CLAVE BANCARIA UNIFORME

(CBU).....

.....

FIRMA DE LOS TITULARES

amffa Salud

CONDICIONES GENERALES

• Los importes facturados por la Entidad serán debitados de nuestra Cuenta Bancaria el día de vencimiento de las respectivas facturas. En caso de ser éste feriado o día no laborable en la actividad bancaria, se efectuará un nuevo proceso de compensación a partir del día hábil siguiente, respetando los plazos y normas que a tal efecto fije el Banco Central de la República Argentina.

• A tal efecto nos comprometemos mantener saldos suficientes en nuestra Cuenta Bancaria o autorización previa y expresa para girar en descubierto, a fin que los débitos puedan ser formalmente efectuados en cada vencimiento sin inconvenientes.

• El Banco se reserva el derecho de rechazar el pago de las facturas por saldo insuficiente en nuestra Cuenta Bancaria al día del vencimiento, haciéndonos responsables de los importes en concepto de mora y de todo cargo que pudiera facturar la Entidad por falta de pago en término, así como de las demás consecuencias indicadas en las disposiciones vigentes para tal situación.

• El Banco podrá dejar de prestar el servicio solicitado por cualquiera de las siguientes circunstancias:
- Por falta o bloqueo de fondos suficientes al momento de efectuar el débito de las cuotas, abonos y/o facturas.
- Por cierre de la Cuenta Bancaria, producto de cualquiera de las causas previstas en las normas vigentes.
- Por nuestra propia decisión, notificando tal decisión al propio Banco.

• Modalidad de Stop Debit: Quedamos expresamente notificados que podremos solicitar en el Banco, que no se efectúe un débito determinado, siempre que esta instrucción sea ordenada a más tardar con 48 horas hábiles de anticipación a la fecha del efectivo vencimiento de la factura. Será de nuestra exclusiva responsabilidad regularizar la situación a través de la Entidad.

• El servicio entrará en vigencia a partir del momento en que recibamos las facturas con una leyenda que indique que las mismas serán canceladas mediante débito en la Cuenta Bancaria citada precedentemente. Esta leyenda se incluirá en las facturas a partir del siguiente o subsiguiente período de facturación, de acuerdo con la modalidad que emplee la entidad. Hasta ese momento continuaremos efectuando los pagos tal como lo hacemos habitualmente.

• En el caso de que la baja del servicio se efectúe a nuestro pedido, aceptamos que la misma se haga efectiva a partir de la facturación que no incluya la leyenda mencionada en el punto anterior.

.....

FIRMA DE LOS TITULARES

amffa Salud

CONDICIONES GENERALES

• Queda expresamente establecido que la aprobación de la presente solicitud está supeditada a su formal aceptación por parte del Banco y de la Entidad involucrada, al verificarse que todos los datos personales, bancarios y del servicio adherido están correctamente validados para su procesamiento.

• Modalidad de reversión: Queda convenido que podremos solicitar la reversión de débitos efectuados con relación al servicio de Pago Directo por el total de cada operación, mediante una instrucción expresa y auténtica formulada ante el Banco, la cual deberá ser realizada dentro de los 30 días corridos contados desde la fecha del débito. Dicho requerimiento deberá ser ratificado por escrito ante el Banco con 48 horas de antelación al vencimiento del plazo de 30 días estipulado para solicitar la reversión. La devolución será efectuada dentro de las 72 horas hábiles siguientes a la fecha en que la entidad reciba la instrucción del cliente, salvo en los casos en que el importe de la reversión solicitada supere $750.- y siempre que la entidad originante del débito no se oponga a la reversión por haber hecho efectiva la diferencia en forma directa, sin corresponder responsabilidad, de ninguna índole para el Banco por las consecuencias que se hubieran derivado de su reversión. En caso de no ser autorizado el reintegro por parte de la Entidad de servicio, el débito cuestionado no será reversado, sin ello implicar responsabilidad alguna para el Banco, debiendo dilucidar las controversias directamente los suscriptos con la Entidad de servicio involucrada.

• El presente servicio queda sujeto a la formativa vigente del Banco Central de la República Argentina (Comunicación "A" 2559 y sus modificatorias o las que la reemplacen en el futuro).

.....

FIRMA DE LOS TITULARES

.....

ACLARACIÓN DE FIRMA DE LOS TITULARES

.....

N° DE DOCUMENTO DE LOS TITULARES