

SOLICITUD DE ADHESIÓN AL SERVICIO DE DÉBITO DIRECTO CON VISA

Estimado Afiliado: **Para solicitar la adhesión al Servicio Pago Directo**, es necesario que complete todos los ítems del siguiente formulario y lo envíe por fax al **(011) 4318-3963**, por e-mail a **tesoreria@osdipp.com.ar**, por correo, o lo entregue personalmente en nuestras sedes.

Autorizo a OSDIPP a incorporarme al Sistema de Pago Directo de Facturas por medio de VISA Argentina S.A, del que se debitarán los cargos que emita en el futuro esta Obra Social en concepto de prestaciones médico- asistenciales.

Informo que mi tarjeta VISA pertenece al Banco,
el titular es
y que su número es:(16 dígitos), fecha de
vencimiento

Condiciones Generales

VISA debitará el importe facturado por OSDIPP de la tarjeta arriba mencionada los días 12 de cada mes o hábil posterior.

Asumo expresamente todas las consecuencias derivadas del incumplimiento de los pagos y me comprometo a solucionar directamente con OSDIPP los diferendos que pudieran suscitarse con relación a la facturación.

VISA podrá dejar de prestar este servicio en caso de cierre de la cuenta, producido por cualquiera de las causales previstas en las regulaciones vigentes o por mi propia decisión notificada por escrito a OSDIPP en forma fehaciente y con una antelación no menor a 30 días corridos anteriores al próximo vencimiento.

Estarán a mi cargo las costas y costos que se eroguen por dichas situaciones.

Lugar:..... Fecha:..... de..... de.....

Firma del Afiliado.....

Aclaración.....

Nº de credencial.....

Nº de CUIT o CUIL.....