

## SOLICITUD DE ADHESIÓN AL SERVICIO DÉBITO DIRECTO CON DÉBITO EN CUENTA DE TERCEROS

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

En mi condición de titular de la cuenta corriente / caja de ahorro

Nº \_\_\_\_\_, del Banco \_\_\_\_\_,

sucursal \_\_\_\_\_, y que la CBU correspondiente a mi cuenta

es: \_\_\_\_\_ (Nº de 22 posiciones) autorizo a

debitar de la misma los importes correspondientes al suplemento mensual por la cobertura del plan superador del Plan Médico Obligatorio brindado por OSDIPP al

Afiliado \_\_\_\_\_

(Nombre del afiliado)

(Nº de credencial)

### Condiciones Generales

El Banco debitará, el importe facturado por OSDIPP, de la cuenta arriba mencionada (según la CBU informada) los días 12 de cada mes o día hábil posterior.

Mantendré saldos suficientes en la Cuenta como para cancelar los importes adeudados. Queda entendido que el Banco no está obligado a efectuar el débito en caso contrario ni a realizar pagos con fondos propios. 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.

Según lo dispuesto por la Comunicación "A" 2523 y complementarias del BCRA podré solicitar la reversión de los débitos por el total de cada operación, dentro de los 30 días corridos contados desde la fecha del débito.

El Banco podrá dejar de prestar este servicio en caso de falta de fondos suficientes al momento de efectuar el débito en cuenta, por 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.

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

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

Firma del Afiliado.....

Aclaración.....

Nº de credencial.....

Firma del Titular de la cuenta.....

Aclaración.....

Nº de CUIT o CUIL.....