



SOLICITUD DE DEBITO DE CUOTA DE CUENTA BANCARIA

ASOCIACIÓN DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES (AOTCABA)

Por medio de la presente, autorizo a AOTCABA a debitarme mensualmente de mi cuenta bancaria la cuota social solicitada.

Nombre	Apellido		
Jurisdicción	CABA <input type="checkbox"/>	Conv SOTCOS	<input type="checkbox"/>
DNI:	CUIT/CUIL:		
Matrícula Nac:	Matrícula Prov:		
Banco			
CBU			
Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>	Caja de Ahorro <input type="checkbox"/>	Cuenta Única <input type="checkbox"/>	

FIRMA: \_\_\_\_\_ ACLARACION: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

MATRICULA NACIONAL: \_\_\_\_\_ MATRICULA PROVINCIAL: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

NOTA: Por favor enviar por email a [info@aotcaba.org.ar](mailto:info@aotcaba.org.ar) lo siguiente:

- Esta hoja firmada (escaneada o por imagen)
- Copia de su DNI
- Copia de su Matrícula Nacional
- Copia del Certificado de Especialista