



SOLICITUD DE DEBITO DE CUOTA DE TARJETA DE CREDITO

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 TARJETA DE CREDITO la cuota social solicitada.

Nombre	Apellido	
Jurisdicción	CABA <input type="checkbox"/>	Conv SOTCOS <input type="checkbox"/>
DNI:	CUIT/CUIL:	
Matrícula Nac:	Matrícula Prov:	
Banco		
TARJETA VISA Nº		

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