



**SOLICITUD DE ADHESIÓN
AL SERVICIO DE PAGO DIRECTO**



Ciudad de Buenos Aires, ____ de ____ de ____

Estimado Consejo Directivo

AMEPORT - MUTUAL DEL PERSONAL DEL ESTADO NACIONAL PROVINCIAL MUNICIPAL Y AFINES

Presente

Por este medio y con mi firma autorizo a realizar la operatoria de Pago Directo correspondiente al Sistema Nacional de Pagos, reglamentado por el Banco Central de la República Argentina en sus comunicaciones A 2559, A2622 y A2623, en la cuenta cuyos datos se consignan a continuación.

1. DATOS PERSONALES DEL TITULAR

Apellido y Nombres: _____

Tipo y Nro. de DNI: _____ Nro. de CUIT/CUIL: _____

Teléfono Part. _____ Teléfono Celular: _____

Domicilio: _____ Nº _____

Localidad: _____ Provincia: _____

2. DATOS DE LA CUENTA BANCARIA A DEBITAR

Banco: _____ CUIT _____ - _____ - _____ Nro Sucursal _____

Tipo de cuenta: Caja de Ahorro Cta. Cte Otra

Nro de cuenta: ____ - _____ - ____

Nro. de CBU:

3. CONCEPTOS A DEBITAR

Cuota Social Cuotas Ayudas Económicas Servicio de Turismo

Art. Del Hogar Centro Médico Óptica

Quedo notificado que los importes pactados se debitarán de la cuenta informada durante la primera semana de cada mes, comprometiéndome a que haya fondos a los fines de poder hacerse efectivo el débito. La presente autorización tendrá validez desde su recepción por AMEPORT y hasta que medie comunicación fehaciente de revocación de mi parte.

Firma Titular de la Cuenta y Socio de Ameport _____

Aclaración _____

DNI / LC / LE _____

Nota: Adjunto a la presente copia de 1ra y 2da hoja del DNI y del último extracto bancario recibido.