



**Sociedad Argentina de Gastroenterología
Asociación Civil**

Marcelo T. de Alvear 1381 – 9º Piso - CABA
Fax 4816-9396

**Autorización para gestión de débito automático
de la Cuota Societaria**

El que suscribe, Dr. / Dra.....
D.N.I. / L.E. / C.I. / L.C / N°:
autoriza a la Sociedad Argentina de Gastroenterología Asociación Civil, a debitar
de la tarjeta de crédito;

VISA / MASTERCARD / AMERICAN EXPRESS

Tache el que **NO** corresponda

N° ____ / ____ / ____ / ____

con vencimiento ____ / ____

la suma correspondiente a la Cuota Societaria de dicha entidad

.....

Firma del Socio

Fecha/...../.....

Importante:

1. Esta autorización firmada por el socio deberá ser enviada por fax (4816-9396), por correo o personalmente a la sede de la Sociedad Argentina de Gastroenterología Asociación Civil (Marcelo T. de Alvear 1381 – 9º Piso - CABA)
2. La cuota social será debitada de manera automática hasta tanto el socio no informe su baja mediante nota o de manera personal a la Sede de la Sociedad Argentina de Gastroenterología Asociación Civil.
3. En caso de cambio de valor de la cuota, el mismo será notificado por medio de la web www.sage.org.ar en "Información para Socios e Interesados".