

Formulario de Solicitud de Alta a Adhesión de Débito Automático (TC/TD) cuota societaria SORDIC

Datos del Titular

1. **Nombre Completo** (como figura en la tarjeta):

2. **Número de CUIL/CUIT:**

3. **MP:** **ME:**.....
4. **Fecha de Nacimiento:**

5. **Domicilio:** Calle: _____ N°: _____
Piso/Dpto: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
Código Postal: _____
6. **Teléfono de Contacto:**

7. **Correo Electrónico:**

8. **Condición frente al IVA:**
☐ CONSUMIDOR FINAL ☐ MONOTRIBUTISTA ☐ RESPONSABLE INSCRIPTO

Datos de la Tarjeta de Crédito/Débito (sólo VISA)

9. **Entidad Bancaria:**

- Tipo y Número de Tarjeta:**
☐ DÉBITO VISA: _____
Fecha Vto: _____
☐ CRÉDITO VISA: _____
Fecha Vto: _____

Autorización

10. **Autorización de Débito Automático:**
☐ Autorizo la adhesión al débito automático para el pago de los servicios mencionados anteriormente, a través de la tarjeta de crédito/débito proporcionada.
☐ Cuota mensual: Soc. Titular/Adherente: \$26.000 (a partir de 01/07/2026)
Soc. Médico en formación: \$13.000 (a partir de 01/07/2026)
☐ Cuota anual: Soc. Titular/Adherente: \$312.000 (a partir de 01/07/2026)
Soc. Médico en Formación: \$156.000 (a partir de 01/07/2026)

*** Si realiza un reemplazo de la tarjeta por vencimiento, robo u otro motivo, deberá notificar el nuevo número de tarjeta. ***

11. **Fecha de Solicitud:** ____/____/____