

> SOLICITUD DE ACREDITACION DE REINTEGROS EN CUENTA CORRIENTE O CAJA DE AHORRO

Alta Baja Modificación

Buenos Aires, de de 20.....

Señores **MEDICUS S.A.**

De mi consideración:

El que suscribe....., en carácter de asociado titular, solicito por la presente a que el pago correspondiente a los reintegros por mí presentados ante **MEDICUS S.A.** sean acreditados en forma directa y automática de la cuenta bancaria que detallo en este formulario.

La presente autorización tiene validez para todos los reintegros que se devenguen a mi favor, desde el día de la fecha y hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para modificarla o revocarla. Por lo tanto, asumo la responsabilidad de mantener a **MEDICUS S.A.** actualizada e informada sobre cualquier modificación que se produzca con relación a los datos por mí brindados en el presente, asumiendo las consecuencias que se deriven de mi eventual incumplimiento.

DATOS PERSONALES

Nº de asociado:

Documento (tipo y Nº)

Teléfono Nº

DATOS BANCARIOS (cuando el asociado es el titular de la cuenta bancaria)

Cuenta Corriente Caja de Ahorro

Banco..... Sucursal.....

Nº de cuenta

CBU (Clave Bancaria Uniforme) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DATOS BANCARIOS (cuando el asociado no es el titular de la cuenta bancaria)

Cuenta Corriente Caja de Ahorro

Banco..... Sucursal.....

Nº de cuenta

CBU (Clave Bancaria Uniforme) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Titular de la cuenta

Los montos depositados por **MEDICUS S.A.** en la cuenta bancaria arriba indicada, serán considerados por mí como pagos cancelatorios.

.....
Firma

.....
Aclaración de firma

El presente formulario tendrá validez cuando el asociado titular concurra a cualquiera de las agencias Medicus y firme de puño y letra el mismo ante un representante de Medicus.

En el caso de mora en las cuotas mensuales del asociado, el reintegro no será abonado.

Si desea más información sobre este sistema operatorio puede comunicarse con nuestros Centros de Atención al Asociado al 0-800-333-7624, de lunes a viernes de 8 a 20 hs.

Este formulario deberá ser presentado en cualquiera de nuestras agencias. CABA y GBA: 9:30 a 18:30 hs. / Interior del país: 9 a 18 hs.

Agencia Alvear: Av. Alvear 1809, Capital Federal.	Agencia Nordelta: Edificio Puerta Norte II - Av. de Los Lagos 6855, Loc. 10 - Nordelta, Tigre.
Agencia Belgrano: Cuba 1886, Capital Federal.	Agencia Morón: Brown 428, Morón.
Agencia Centro: Marcelo T. de Alvear 2385/ 99, Capital Federal.	Agencia Rosario: Córdoba 1690, Rosario.
Agencia Caballito: Rosario 101, Capital Federal.	Agencia Bariloche: Quaglia 166, San Carlos de Bariloche.
Agencia San Isidro: 25 de Mayo 767/ 771, San Isidro.	Agencia Córdoba: Obispo Trejo 954, Barrio Nueva Córdoba, Córdoba.
Agencia Lomas de Zamora: Bartolomé Mitre 283, L. de Zamora.	Agencia Mendoza: Perú 720, Ciudad de Mendoza.
Agencia Pilar: Hey Add Center, Las Magnolias 533, Km. 50 Ramal Pilar, 1º Piso - Loc. 210, Pilar.	Agencia Mar del Plata: Roca 1222, Mar del Plata.