

SOLICITUD DE ADHESIÓN PLAN DE FACILIDADES DE PAGO D.A.E.P. – Débito Automático

Nombre y Apellido:

D.N.I.:MP N°:.....T°:.....F°:.....

Dirección:.....

Teléfono:...../.....

E- mail:.....

N°/AÑO:.....

Fecha:.....

M.A.Pro = \$.....

El día de la fecha me presento y solicito se me adhiera al plan de facilidades de pago establecido por la Resolución N° 57/2020 de Junta Directiva del C.P.C.E.F. Para ello hago efectivo el pago correspondiente al Fondo Solidario de Salud (F.S.S.) más el 3% de Arancel Administrativo y adjunto constancia de C.B.U. del Banco de Formosa S.A.del cual soy titular para que se me realice de manera mensual el débito automático correspondiente a las cuotas que se detallan en los cuadros siguientes. Asimismo me comprometo a dejar el importe correspondiente en mi Caja de Ahorro/Cta.Cte. entre las fechas 01 y 10 de cada mes.

CONCEPTOS A DEBITAR

D.A.E.P. AÑO

D.A.E.P. AÑO

D.A.E.P. AÑO

TOTAL

M.A.Pro

IMPORTE*

Total de M.A.Pro adeudados: Cantidad de cuotas: M.A.Pro por cuota:

*El importe a debitar de cada cuota será el que resulte de multiplicar la cantidad de M.A.Pro por cuota y el valor del M.A.Pro vigente a la fecha de corte (día 25 del mes inmediato anterior).

Confeccionado por.....

.....
Firma del Profesional

.....
Aclaración de la firma