

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO

Ciudad, dd mm aa

No. de Contrato _____

Señores _____

Presente.-

De mi consideración:

Yo, _____ de cédula de identidad / pasaporte número _____

autorizo a ustedes a debitar de mi:

Tarjeta de crédito N°: _____ Caducidad: _____ Código Seguridad: _____ Emisor: _____

Cuenta corriente N°: _____

Cuenta de ahorros N°: _____

En el siguiente período de pago:

Mensual Bimensual Trimestral Semestral Anual

El valor reportado por Colmedikal, Medicina Prepagada, en cada período de pago por las cuotas estipuladas en el contrato de Prestación de Servicios Médicos Prepagados del contrato número _____.

Este valor deberá ser acreditado en la cuenta corriente de Colmedikal, Medicina Prepagada, que mantiene en el Banco _____.

Me comprometo a mantener los pagos de mi Tarjeta de Crédito al día ó el valor necesario en mi cuenta corriente o ahorros, el primer día hábil de cada mes, lo que me permite obtener los beneficios estipulados en el Contrato de Medicina Prepagada.

Sin embargo de lo expuesto anteriormente, cualquier instrucción que invalide esta autorización la presentaré a ustedes y a Colmedikal, Medicina Prepagada, con por lo menos 30 días de anticipación.

Eximo a Tarjeta de Crédito _____, Banco _____ de cualquier responsabilidad por las cuotas reportadas por Colmedikal, Medicina Prepagada, por lo cual desde ya renuncio a cualquier acción legal en contra de la institución.

Firma dueño de la cuenta

RECIBO DE PAGO PRIMERA CUOTA

Ciudad, dd mm aa

No. de Contrato _____

Recibo del Sr./Sra. _____ la cantidad de USD. \$ _____ correspondiente al primer pago del contrato de prestación de Servicios de Medicina Prepagada del Contrato número _____ más USD. \$ _____ por derechos de emisión.

Efectivo

Cheque número _____ Banco _____ Cuenta número _____

Tarjeta de Crédito número _____ Emisor _____

En el siguiente período de pago:

Mensual Bimensual Trimestral Semestral Anual

Este pago esta sujeto a la resolución por parte de Colmedikal, Medicina Prepagada, de rechazar o aceptar parcial o totalmente el Contrato de prestación de Servicios Médicos Prepagados. Si este Contrato es rechazado por Colmedikal, Medicina Prepagada, el monto adjunto será devuelto en el instante de comunicar el rechazo.

El cliente debe exigir la copia de este recibo y leer detenidamente toda la documentación que le será entregada.

NOMBRE DEL VENDEDOR: _____

CÓDIGO: _____

FIRMA: _____