



INSTITUTO TÉCNICO DR. EMILIO LAMARCA

DIEGEP 4430

Obispado de Lomas de Zamora-Rossi 2591 – Lomas de Zamora

Tel: 4282-6928

E-mail: administracion@itel.edu.ar

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO:

Curso:

Lomas de Zamora, _____ de _____ de _____

Señor
Representante Legal

De mi consideración:

El que suscribe.....en mi carácter de titular de la tarjeta.....

Nº.....autorizo por la presente a que el pago correspondiente a las cuotas mensuales por la contratación del servicio ofrecido por....., sean debitadas en forma directa y automática en el resumen de cuenta de la tarjeta citada precedentemente y/o de sus correspondientes plazos.

De la misma manera me comprometo a informar cualquier cambio en el Nº de tarjeta antes mencionado.

La presente autorización tiene validez desde la recepción de la presente por el Establecimiento, hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

Saludo a Uds. atentamente.

Firma

Aclaración de firma:

Documento (Tipo y Nº):

Adjunto fotocopia de la tarjeta donde conste los datos, el número de tarjeta y vencimiento de la misma.