TRANSFERENCIA BANCARIAS

ASOCIACION DE MEDICOS
DE GRAL. SAN MARTIN Y 3 DE FEBRERO

AMSMY3F

MATRICULA PROVINCIAL

APELLIDO Y NOMBRE

ALTA / BAJA

VIGENCIA DESDE

BAJA DESDE

ADJUNTAR CBU DE SU CTA. PERSONAL, EMITIDO POR EL BANCO O IMPRESO DE PAG. WEB

DATOS BANCARIOS

CBU Nº

CUIT Nº

TIPO Y Nº DE CUENTAS

CUENTA CORRIENTE PROPIA

Nº DE CUENTA

CAJA DE AHORRO

Nº DE CUENTA

DATOS DEL BANCO

DENOMINACION DEL BANCO

Nº DE SUCURSAL

MAIL DEL DESTINATARIO

COMPLETAR EN LETRA DE IMPRENTA CLARA Y MAYUSCULA

MAIL DEL DESTINATARIO

Todo profesional adherido al sistema en vigencia, deberá presentar en forma mensual, sin excepción (1º al 15 de cada mes), el RECIBO/FACTURA correspondiente.

La falta de presentación del mismo, en los tiempos establecidos, motivará la demora de la transferencia hasta su regularización

FIRMA Y ACLARACION DEL SOLICITANTE

Firmo conforme, y ratifico que mis datos declarados pertenecen a mi cuenta bancaria personal.

FIRMA

ACLARACION

FECHA

SECTOR INSCRIPCIONES

PASADO FACTURACION

FECHA

PASADO INSCRIPCIONES

FECHA

OBSERVACIONES: