

Mendoza, ____ de ____ de 2018

De mi consideración:

El/la que suscribe _____ en, mi carácter de titular de la CUENTA/TARJETA (remarque la opción correcta) indicada posteriormente, autoriza por la presente a que el pago correspondiente a mi habilitación anual de matrícula sea debitado en forma directa y automática de mi cuenta CUENTA/TARJETA (remarque la opción correcta), detallada posteriormente.

La presente autorización tiene validez desde la recepción de la presente por el CAMZA en concepto del pago de mi habilitación de matrícula por el año 2018.

Adoptaré las previsiones necesarias para que el débito pueda ser realizado (tener el saldo disponible en mi cuenta, tener habilitada mi tarjeta de crédito).

A. DATOS PERSONALES

NOMBRES:	APELLIDOS:
DNI N°:	N° DE MATRICULA:
CUIL N°:	CUIT N°:
DOMICILIO:	LOCALIDAD:
PROVINCIA:	COD. POSTAL:
TELEFONO:	E-MAIL:

B. OPCIONES DE PAGO

CATEGORIA DE MATRICULA QUE ABONAN HABILITACIÓN

M1. PROFESIONAL: \$1800 ANUAL.

M2. RELACIÓN DE DEPENDENCIA: \$900 ANUAL.

<u>M1. PROFESIONAL: \$1500 ANUAL.</u>	
Marque con una X la que corresponda:	
1.	1 PAGO de \$ 1800 (seguro de RC DE \$300 BONIFICADO)
2.	3 PAGOS de \$ 600

<u>M2. RELACIÓN DE DEPENDENCIA: \$750 ANUAL.</u>	
Marque con una X la que corresponda:	
1.	1 PAGO de \$ 900
2.	3 PAGOS de \$ 300

C. DATOS PARA DÉBITO:

• **EN CUENTA:**

Marque con una X la que corresponda:	
CUENTA CORRIENTE	
CAJA DE AHORROS	
CUENTA BASICA	
CUENTA GRATUITA UNIVERSAL	
CUENTA CORREINTE ESPECIAL	

Nº DE CUENTA - CBU (ADJUNTAR A LA PRESENTA COMPROBANTE DE CBU)	
BANCO	

• **EN TARJETA**

Marque con una X la que corresponda:	
VISA	
AMERICAN EXPRESS	
MASTERCARD	
CABAL	

Nº DE TARJETA (ADJUNTAR A LA PRESENTA COMPROBANTE DE RESUMEN DE CUENTA O COPIA DEL FRENTE DE LA TARJETA)	
VENCIMIENTO	

FIRMA, ACLARACIÓN y DNI.

Completar la planilla de solicitud del seguro de responsabilidad civil **sólo en el caso de elegir la opción 1** para el pago de habilitación de matrícula en categoría **M1**.

Mendoza,.....de.....de 2018

 	
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL	
FORMULARIO DE ADHESION AL CONVENIO COLECTIVO	
Nombre y Apellido completo	
DNI	
CUIL/CUIT	
Título profesional	
N° de matrícula	
Datos de contacto	
Celular	
Mail	
Monto a pagar anual	<i>(Marque con una x la cobertura que desea obtener)</i>
Cobertura \$100.000	\$120/anual
Cobertura \$250.000	\$300/anual (bonificado) X
COBERTURA DESDE EL 1º DE ENERO DE 2018 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018	

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL RESPONSABLE CAMZA

Firma, aclaración y DNI