



SERVESALUD

SOLICITUD DE ADHESIÓN PAGO DE REINTEGROS POR TRANSFERENCIA BANCARIA

Por la presente informo a la OBRA SOCIAL SERVESALUD que, a partir de la fecha, acepto operar con el sistema de PAGO DE REINTEGROS POR TRANSFERENCIA BANCARIA como medio de pago de los reintegros presentados por mi parte a esa institución, solicitando que dichos importes se acrediten en la cuenta bancaria cuyos datos declaro a continuación.

Asimismo manifiesto que, teniendo en cuenta la presente aceptación, todos los montos depositados o transferidos por SERVESALUD a dicha cuenta los consideraré en concepto de pago, con el efecto cancelatorio que los mismos implican.

DATOS DEL SOCIO TITULAR DE SERVESALUD

NOMBRE Y APELLIDO:

Nº DE SOCIO:

D.N.I.:

TELÉFONO PARTICULAR:

TELÉFONO MÓVIL:

CORREO ELECTRÓNICO:

DATOS DEL TITULAR/TITULARES DE LA CUENTA

NOMBRE Y APELLIDO:

CUIT O CUIL :

Nº DE CBU (22 dígitos):

FECHA:

Nº DE CLIENTE:

(dato a completar por Servosalud)