SWISS MEDICAL
G R O U P

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN
DE REINTEGROS EN CUENTA BANCARIA

Por medio de la presente solicito que los importes que me correspondan en concepto de pago de reintegros y/o gastos sean acreditados mediante el Sistema de Acreditación de Reintegros en Cuenta Bancaria.

Estos importes deberan acreditarse en la cuenta corriente / caja de ahorro detallada a continuación:

Nombre del Titular de la cuenta bancaria: _____

Banco: _____

Sucursal N° _____

Tipo de Cuenta: **Caja de Ahorro en $** ☐ **Cuenta Corriente en $** ☐

CBU N° ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Las instrucciones precedentes serán válidas mientras no exista notificación fehaciente de mi parte respecto de cambios totales o parciales (Ej: cambio, cierre o modificación de cuenta)

Nombre del Titular de Swiss Medical: _____
N° de Socio: _____
Teléfono (para cualquier aclaración): _____

Firma Socio:

Recuerde Imprimir este formulario, completarlo y entregarlo en cualquiera de nuestras sucursales.