



**Solicitud de adhesión al Débito Directo**

En mi carácter de titular de la cuenta indicada a continuación y dentro del Sistema Nacional de Pagos AUTORIZO en forma expresa al Colegio de Dietistas, Nutricionistas-Dietistas y Licenciados en Nutrición de la Provincia de Buenos Aires a debitar de la misma, en las fechas de vencimiento que corresponda, los importes por la cuota social y por todos aquellos conceptos a los que voluntariamente me adhiera en el futuro y corresponda ser abonados al Colegio.

**Datos Personales**

Apellido y Nombre:.....  
 Tipo y Nro. de Documento: .....Nro. Matricula: .....  
 CUIT/CUIL:.....

**Datos de la cuenta bancaria**

Banco.....Sucursal.....Nro.....  
 Tipo de cuenta: Caja de Ahorro/Cuenta Corriente (Tachar lo que no corresponda)  
 Moneda: Pesos  
 Nro. de cuenta.....

**CBU - Clave Bancaria Uniforme** (La puede obtener de su resumen de cuenta)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Debito Autorizado:**

**- Matricula**

Cuota anual

Cuota Bimestral

**-Seguro**

Cuota mensual

Nombre y Apellido del titular de la cuenta: .....

Fecha: ..... Localidad: .....

Firma: .....