

Estimado Afiliado: Para **solicitar la adhesión al Servicio Pago Directo**, es necesario que complete todos los ítems del siguiente formulario y lo envíe por fax al **(011) 5129-3900**, por correo o lo entregue personalmente en nuestras sedes.

En mi condición de titular de la cuenta corriente / caja de ahorro N° _____, del Banco _____, sucursal _____, y que la CBU correspondiente a mi cuenta es: _____ (N° de 22 posiciones) autorizo a debitar de la misma los importes correspondientes al suplemento mensual por la cobertura del plan superador del Plan Médico Obligatorio brindado por OSDIPP al Afiliado _____, _____ (Nombre del afiliado) _____ (N° de afiliado)

Condiciones Generales

El Banco debitará, el importe facturado por OSDIPP, de la cuenta arriba mencionada (según la CBU informada) los días 12 de cada mes o día hábil posterior.

Mantendré saldos suficientes en la Cuenta como para cancelar los importes adeudados. Queda entendido que el Banco no está obligado a efectuar el débito en caso contrario ni a realizar pagos con fondos propios. Asumo expresamente todas las consecuencias derivadas del incumplimiento de los pagos y me comprometo a solucionar directamente con OSDIPP los diferendos que pudieran suscitarse con relación a la facturación.

Según lo dispuesto por la Comunicación "A" 2523 y complementarias del BCRA podré solicitar la reversión de los débitos por el total de cada operación, dentro de los 30 días corridos contados desde la fecha del débito.

El Banco podrá dejar de prestar este servicio en caso de falta de fondos suficientes al momento de efectuar el débito en cuenta, por cierre de la cuenta producido por cualquiera de las causales previstas en las regulaciones vigentes o por mi propia decisión notificada por escrito a OSDIPP. Estarán a mi cargo las costas que se erogan por dichas situaciones.

El Banco podrá acordar con OSDIPP la posibilidad de débito en cuenta en una segunda instancia, en caso de no existir fondos suficientes en la cuenta en la primera fecha.

Lugar:..... Fecha:..... de..... de.....
Firma del Afiliado..... Firma del Titular de la cuenta.....
Aclaración..... Aclaración.....
N° de Afiliado..... N° de CUIT o CUIL.....

CENTRO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

Administración
25 de Mayo 537/553/5 1º Subsuelo
Capital Federal
Tel.: (011) 5129-3900
Capital Federal
Leandro N. Alem 538/44 PB
(C1001AAN) Capital Federal
Tel.: (011) 5128-0262
Caleta Olivia
San José Obrero 265
(9011) Santa Cruz

Campana: Güemes 865
(B2804AKI) Campana - Tel.: (03489) 42-1129/6373
Bahía Blanca: Soler 160
(B8000ZAA) Bahía Blanca - Tel.: (0291) 400-2004/5/6
Mendoza: Aristides Villanueva 447
(M5500AFR) Mendoza - Tel.: (0261) 429-4460/420-4117/0741
Río Gallegos: Av. Pte. Néstor C. Kirchner 409
(Z9400BAD) Santa Cruz - Tel.: (02966) 420-620
Tartagal (Salta): Centro de Atención
Tel.: (03875) 42-4221

Comodoro Rivadavia: 25 de Mayo 964
(U9000CUJ) Chubut
Tel.: (0297) 447-5545 / 446-2356
Neuquén: Alberdi 184
(Q8300HLD) Neuquén
Tel.: (0299) 442-5501 / 447-3814
Río Grande: Miguel Cané 28
(V9420CQB) Tierra del Fuego
Tel.: 02964) 42-7608