FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA

Formulario de BAJA A DEBITO AUTOMÁTICO

I. DATOS DEL ALUMNO

Apellido	Nombres
Documento de Identidad:	Carrera:
Teléfono particular Teléfono del trabajo	E mail
Dirección	Sede [1]: BUENOS AIRES / LA RIOJA / SANTO TOME

C.B.U. A DAR DE BAJA

TARJETA A DAR DE BAJA VISA/MASTERCARD [1] __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ -

Titular de la cuenta:

AUTORIZACION

Solicito se cancele la autorización otorgada previamente de debitar los aranceles y gastos correspondientes a la carrera que curso en esa Institución

BAJA A PARTIR DE LA CUOTA DEL MES ..... INCLUSIVE

Firma del alumno	Fecha
Aclaración;	
Firma del titular de la cuenta	Fecha
Aclaración	Documento Número:

[1] Tachar lo que no corresponda