



Autorización débito automático tarjeta de crédito

¡Pagamos por usted!

Si desea afiliarse al servicio de pagos preautorizados, diligencie este formato de autorización y entréguelo en cualquiera de las oficinas de la S.C.A.R.E. a nivel nacional.

Tipo de novedad

Ingreso ☐

Modificación ☐

Retiro ☐

Fecha de solicitud

D

M

A

Ciudad

INFORMACIÓN GENERAL

Nombres : _____ Apellidos : _____

Número de cédula : _____ Código afiliación

DATOS TRANSACCIÓN

Modalidad de pago:

Mensual ☐

Trimestral ☐

Semestral ☐

Anual ☐

Tarjeta de crédito

Número de tarjeta de crédito a debitar:

Franquicia

American Express ☐

Master ☐

Visa ☐

Diners ☐

Fecha de vencimiento

D

M

A

Num. de cuotas

Entidad Financiera: _____

Autorizo a la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.) afectar el cupo de mi tarjeta de crédito, el valor correspondiente a los pagos periódicos determinados por la S.C.A.R.E.

Nombres y apellidos del titular de la tarjeta a debitar:

Número de cédula

Teléfono

Ciudad

Firma titular

PARA USO EXCLUSIVO DE LA S.C.A.R.E.

Seccional o Regional

Nombre del Ejecutivo de Cuenta o Asistente Seccional / Auxiliar Regional

Firma

1. EL USUARIO autoriza a la S.C.A.R.E. para debitar de su Tarjeta de Crédito, el valor correspondiente a los pagos periódicos determinados por la S.C.A.R.E. 2. La S.C.A.R.E. no asume responsabilidad en el evento de que la tarjeta sea conjunta y la solicitud no estuviese suscrita por todos los titulares. 3. En caso que en la solicitud no sea especificado el número de cuotas a descontar de la Tarjeta de Crédito los cargos se considerarán como pago a un (1) mes y afectará el cupo total siempre que el día del respectivo cobro. 4. EL USUARIO deberá notificar inmediatamente por escrito a la S.C.A.R.E., todo cambio de dirección, teléfono, fecha de vencimiento de la Tarjeta de Crédito o demás información registrada en la solicitud, así como cualquier novedad, modificación o retiro del servicio, en cualquiera de las oficinas de la S.C.A.R.E. a Nivel Nacional. 5. EL USUARIO podrá cancelar la autorización de pagos preautorizados mediante comunicación escrita dirigida a la S.C.A.R.E., al proceso de aportes y cartera. 6. La S.C.A.R.E. no asumirá ninguna responsabilidad frente a EL USUARIO cuando se presenten inconsistencias al cargar la cuenta o el cupo de la Tarjeta de Crédito tales como: tarjeta bloqueada, tarjeta cancelada, o cualquier otro problema que no permita cargar el valor del Pago Preautorizado. 7. El presente servicio es de término indefinido, salvo que una de las partes notifique por escrito a la otra a su decisión de suspenderlo o una vez finalice su plan de aportes.