FORMULARIO AUTORIZACIÓN TARJETAS DE CRÉDITO PARA LINK DE PAGO

**AGENCIA:**

**Nº FILE:**

**FECHA:**

DATOS DEL TITULAR DE LA TARJETA

Tarjeta (VISA/MASTERCARD/CABAL/NARANJA/JERARQUICOS\*):

Banco Emisor:

Titular *(como figura en la tarjeta):*

Nº Socio *(Tarjeta Jerárquicos Salud):*

Monto Final de la operación:   
*(con los coeficientes incluidos, en caso que sea Tarjeta Jerárquicos Salud colocar monto neto)*

Monto Final de la operación en letras   
*(con los coeficientes incluidos, en caso que sea Tarjeta Jerárquicos Salud colocar monto neto)*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

Candad de Cuotas *(plan elegido):*

Nº de Tarjeta *(16 dígitos)*:

**\*COMPLETAR UNICAMENTE SI ES TARJETA NARANJA:**

Fecha de Vencimiento *(formato MM/AA):*

Código de seguridad *(3 dígitos en el reverso de la tarjeta):*

AUTORIZACIÓN DEL TITULAR DE LA TARJETA

Por la presente, certificamos que el titular de la Tarjeta, Sr. / Sra. ………………………………………………………………………… …….................................................................................................... D.N.I .…………………………………………………………………... autoriza al cobro por el monto indicado en la parte superior para aplicar a la reserva mencionada.

*De conformidad con los valores consignados, por el sistema elegido de pago.*

**..……………………………………………………………..**

**Firma y Aclaración del Titular de la Tarjeta**

RESPONSABILIDAD DE LA AGENCIA

Nuestra empresa se hace responsable de la autenticidad de los datos consignados en el documento arriba indicado, como así también asume solidariamente, constituyéndose en el principal pagador, con renuncia al beneficio de exclusión para el caso que por la causa que fuere no se acreditasen los importes que correspondan efectivizar las administradoras de tarjetas de crédito.

En el evento precitado en el párrafo anterior previa notificación fehaciente, el abajo firmante deberá hacer el pago en efectivo del importe que asciende el crédito, en el plazo de 3 (tres) días corridos a contar desde la fecha de notificación.

**…………………………………………………………………**

**Sello y Firma del Responsable de la Agencia**

**IMPORTANTE:**

**\*NO SE PROCESARÁN LAS CARTAS QUE SE ENCUENTREN INCOMPLETAS**

**\*NO ES NECESARIO EL ENVIO DE IMAGENES DE TARJETAS Y DNI**

**\*TARJETA JERARQUICOS SALUD DEBEN ENVIAR FOTO DE LA CREDENCIAL DE SOCIO**