

Lugar y Fecha:

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO

Por medio del presente y en virtud del contrato de servicios que tengo suscrito con la empresa **PRIMEPRE S.A. – PRIVILEGIO MEDICINA PREPAGADA**, autorizo (amos) de manera incondicional e irrevocable al **BANCO PICHINCHA C.A.**, debitar de mi (nuestra) Cuenta AHO CTE No. _____ del Banco o Institución Financiera _____, de la cual soy (somos) titular (es), los valores correspondientes por dichos servicios el monto mensual de USD _____.

Me (nos) comprometo (comprometemos) a mantener los fondos necesarios, para que el **BANCO PICHINCHA C.A.**, pueda realizar los débitos de la cuenta en mención, de manera efectiva los días 1ero. 15avo. de cada mes.

Atentamente,

Firma del Cliente

Nombre Completo de Cliente Pagador

Datos del Cliente Pagador:

En caso de ser persona natural (por favor encierre en un círculo su preferencia de Identificación):

Nombre Completo _____

C. I. PAS RUC _____

Sector, Ciudad y Número de Teléfono _____

En caso de ser persona jurídica (por favor encierre en un círculo su preferencia de Identificación):

Nombre de Empresa _____

C. I. PAS RUC _____

Sector, Ciudad y Número de Teléfono _____

Representante Legal:

Nombre de la Empresa _____

RUC _____