

## ADHESIÓN AL COBRO DE REINTEGROS Y SUBSIDIOS MEDIANTE TRANSFERENCIAS BANCARIAS ELECTRÓNICAS

### FORMULARIO PARA AFILIADOS TITULARES

Fecha:...../...../.....

Tipo de solicitud: Reintegro  Subsidio

#### Titular de la cobertura médica

Apellido/s: .....

Nombres: .....

Tipo y N° Documento: .....

Domicilio Particular: Calle .....

N°: ..... Piso: ..... Dto.: ..... Localidad: ..... C.P.: .....

E-mail: ..... Tel.: .....

#### Datos de la cuenta bancaria del titular de la cobertura médica

Nombre/Denominación: .....

Tipo de cuenta: .....Nro:.....

Banco: .....Sucursal:.....

CUIL/CUIT: ...../...../..... CBU: .....

El que suscribe, en mi carácter de titular, autorizo por la presente a realizar el pago de todos los reintegros y/o subsidios que me correspondiere percibir de la Obra Social a través del sistema de transferencia bancaria electrónica gratuito a la cuenta cuyos datos se detallan en el apartado precedente, **debiendo ser del titular de la cobertura (cuenta sin cotitulares)**. Aceptando que este medio de pago por transferencia bancaria es el único régimen de cobranza de reintegros y subsidios habilitado por OSPOCE.

La presente autorización tiene validez desde la recepción de la misma por la Obra Social y hasta tanto no medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla, de modo que los pagos efectuados a la cuenta arriba transcrita, se considerarán válidos, quedando eximida la Obra Social de cualquier responsabilidad al respecto.

De la misma manera me comprometo a informar dentro de las 48 horas de producido cualquier cambio que surgiera con relación a la cuenta bancaria informada.

**Debe acompañarse de comprobante de CBU  
y enviarse a [tesoreria@ospoce.com.ar](mailto:tesoreria@ospoce.com.ar)**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración