



Autorización de Débito Automático

Por la presente autorizo, a que se debiten automáticamente en mi cuenta las cuotas sociales del Colegio de Abogados del Uruguay conforme a las condiciones y sistema de actualización fijados por el mencionado Colegio.

Marque la tarjeta de crédito de su preferencia:

Número:	Banco:
OCA:	
VISA:	
MASTER:	
CABAL	

Datos del Titular de la Tarjeta:

Nombres y Apellidos: _____

C.I.: _____

Tel.: _____

Cel.: _____

e- mail.: _____

Dirección Particular: _____

Dirección Revista: _____

Autorizo la divulgación de mis datos personales: Si

No

Asimismo notificaré el cese de la presente autorización al Colegio de Abogados del Uruguay en forma fehaciente con 30 días de anticipación.

Fecha:

Firma del Titular de la Tarjeta

Aclaración de Firma