

Ciudad:

Fecha:     
Día Mes Año

Señores:

Yo,  por medio de la

presente, solicito a usted ordenar a quien corresponda, se debite de mi Cuenta: Corriente  Ahorros

Nº  el valor de USD  por concepto de pago del Plan de Medicina prepagada.

Frecuencia de pago: Mensual  Bimensual  Trimestral  Semestral  Anual

Fecha de débito: 1 - 5  16 - 20

Autorizo que los valores por el servicio del Plan de Medicina prepagada y demás obligaciones generados por HORIZONTES BUSINESS COMPANY S.A., derivadas de la prestación de servicios en mi favor, sean cargados a la forma de pago seleccionada y me comprometo a pagarlos de modo incondicional dentro del correspondiente periodo.

Así mismo, me obligo a no revocar la presente autorización sin el previo consentimiento de HORIZONTES BUSINESS COMPANY S.A., por lo que libero de toda responsabilidad al Banco por débitos o cargos efectuados mediante la presente autorización.

Me comprometo expresamente a enviar una comunicación escrita, con 60 días de anticipación a las oficinas de HORIZONTES BUSINESS COMPANY S.A. en caso de Revocación de la presente autorización, de lo contrario se entenderá vigente la Orden de débito que he firmado.

Atentamente,

FIRMA DEL TITULAR

C.I.:  Telf.: