



AUTORIZACION DE ORDEN DE CARGO PARA PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO

Yo, _____ (nombre del cliente), titular de la tarjeta de crédito _____ (nombre de la tarjeta de crédito), en forma expresa autorizo a _____ (nombre de la tarjeta de crédito y del Banco Emisor) para que cargue a mi tarjeta de crédito No. _____ con Código de Seguridad No. _____, con fecha de caducidad _____ las cuotas de mi contrato No.- _____, sus anexos y/o renovaciones generadas por los contratos celebrados con **PLUS MEDICAL SERVICES S.A. ECUATORIANA DE MEDICINA PREPAGADA:**

CARGO US\$ _____

Frecuencia de Pago

Mensual

Debo y pagaré incondicionalmente sin protesto, a _____ (emisor de la tarjeta de crédito) el total de los valores expresados en esta Autorización de Orden de Cargo, en el lugar y fecha que se convenga. En caso de mora pagaré la tasa máxima autorizada para el emisor de la tarjeta de crédito y los cargos que dicha institución establezca por gestiones de la cartera vencida.

Eximo _____ (emisor de la tarjeta de crédito), de cualquier responsabilidad por los valores reportados **por PLUS MEDICAL SERVICES S.A. ECUATORIANA DE MEDICINA PREPAGADA**. Por lo cual desde ya renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier acción legal en contra de las indicadas Instituciones, las mismas que no requerirán de otro instrumento o documento para procesar en mi tarjeta de crédito, los valores generados, los mismos que desde ya los acepto y reconozco como obligación.

Cualquier instrucción para que se invalide la presente autorización, debe ser conocida por **PLUS MEDICAL SERVICES S.A. ECUATORIANA DE MEDICINA PREPAGADA** y enviada dicha comunicación escrita con 60 días de anticipación, a la oficina Matriz del Emisor de la Tarjeta de Crédito, en caso de revocación de la presente autorización, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados.

De igual manera autorizo que en caso de pérdida, hurto, robo o cualquier circunstancia por el que fuera cambiado el número de la tarjeta de crédito antes singularizada, se cuenta con el nuevo número que se me asigne para efectuar todos los pagos de manera incondicional dentro del período correspondiente, de tal manera que el cambio del número indicado no sea causa para no cancelar los valores que adeude.

Ciudad y fecha.....

Firma.....

Teléfonos.....

C.I. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

PLUS MEDICAL SERVICES S.A. ECUATORIANA DE MEDICINA PREPAGADA certifica que la firma del socio es auténtica, por lo que cualquier reclamación en este sentido será debitada de la facturación de Nombre de la empresa.

.....
Firma del representante de la empresa

PLUS MEDICAL SERVICES S.A. ECUATORIANA DE MEDICINA PREPAGADA