

Cariamanga, / /

Yo _____, con cédula de identidad,

en mi calidad de representante del alumno matriculado en el
de la :

Autorizo al Banco Internacional a debitar de mi cuenta o tarjeta de crédito

Tipo de Cuenta: Tarjeta de Credito: Numero de tarejeta:

De la cual soy titular y mantengo en el Banco:

*Si seleccionó Tarjeta de Crédito favor completar:

Con fecha de caducidad: mes año

El valor de \$ _____, (cantidad en letras _____) por concepto de Pensión en forma mensual durante el período de diez (10) meses a partir de la fecha de esta autorización.

Debo y pagaré incondicionalmente sin protesto al 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 gastos en que esta institución haya incurrido por las gestiones de cartera vencida.

Eximo al emisor de la tarjeta de crédito, de cualquier responsabilidad por los valores reportados por . 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 mi tarjeta de crédito, los valores generados, los mismos que desde ya los acepto y reconozco como obligación.

Así mismo expresamente me obligo a no revocar la presente autorización sin previo consentimiento por escrito por parte de la _____, por lo que libero de toda responsabilidad al Emisor de la tarjeta de crédito o Institución Bancaria emisora de cuenta corriente o de ahorros.

Atentamente,

Lic. Andrea Romero Tinoco
LABORATORIO CLÍNICO
Cl: 1104615941
Lib. 002 Fol. 058 Nro. 173

Firma del Cliente Titular

Cl:

Telf.:

certifica que la firma del socio / titular de cuenta es auténtica,
por lo que cualquier reclamación en este sentido será debitado de la facturación de Nombre de la empresa.

HNO, JEANPIERRE ZAMBRANO.