

Estimado Afiliado: Para **solicitar la adhesión al Servicio Pago Directo**, es necesario que complete todos los ítems del siguiente formulario y lo envíe por fax al **(011) 4318-3963**, por e-mail a **tesoreria@osdipp.com.ar**, por correo, o lo entregue personalmente en nuestras sedes.

En mi condición de titular de la cuenta corriente / caja de ahorro N° \_\_\_\_\_, del Banco \_\_\_\_\_, sucursal \_\_\_\_\_, y que la CBU correspondiente a mi cuenta es: \_\_\_\_\_ (N° de 22 posiciones) autorizo a debitar de la misma los importes correspondientes al suplemento mensual por la cobertura del plan superador del Plan Médico Obligatorio brindado por OSDIPP al Afiliado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (Nombre del afiliado) \_\_\_\_\_ (N° de credencial)

**Condiciones Generales**

El Banco debitará, el importe facturado por OSDIPP, de la cuenta arriba mencionada (según la CBU informada) los días 12 de cada mes o día hábil posterior.

Mantendré saldos suficientes en la Cuenta como para cancelar los importes adeudados. Queda entendido que el Banco no está obligado a efectuar el débito en caso contrario ni a realizar pagos con fondos propios. Asumo expresamente todas las consecuencias derivadas del incumplimiento de los pagos y me comprometo a solucionar directamente con OSDIPP los diferendos que pudieran suscitarse con relación a la facturación.

Según lo dispuesto por la Comunicación "A" 2523 y complementarias del BCRA podré solicitar la reversión de los débitos por el total de cada operación, dentro de los 30 días corridos contados desde la fecha del débito.

El Banco podrá dejar de prestar este servicio en caso de falta de fondos suficientes al momento de efectuar el débito en cuenta, por cierre de la cuenta producido por cualquiera de las causales previstas en las regulaciones vigentes o por mi propia decisión notificada por escrito a OSDIPP. Estarán a mi cargo las costas que se erogan por dichas situaciones.

El Banco podrá acordar con OSDIPP la posibilidad de débito en cuenta en una segunda instancia, en caso de no existir fondos suficientes en la cuenta en la primera fecha.

Lugar:..... Fecha:..... de..... de.....

Firma del Afiliado.....  
Aclaración.....

Aclaración.....  
N° de CUIT o CUIL.....

N° de credencial.....

Firma del Titular de la cuenta.....

**CENTROS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO**

**Administración:** 25 de Mayo 537/555/557  
(C1001AAN) C.A.B.A.  
Tel.: (011) 4318-3900  
**Capital Federal:** Leandro N. Alem 538/44  
(C1002ABK) C.A.B.A.  
Tel.: (011) 4318-3900  
**Caleta Olivia:** Av. San Martín 411 - 2º piso  
(Z9011HME) Santa Cruz  
Tel.: (0297) 15-494-0463/4046  
**Campana:** Güemes 865  
(B2804AKI) Campana  
Tel.: (03489) 42-1129/6373

**Bahía Blanca:** Soler 160  
(B8000ZAA) Bahía Blanca  
Tel.: (0291) 400-2004/5/6  
**Mendoza:** Aristides Villanueva 447  
(M5500AFR) Mendoza  
Tel.: (0261) 429-4460/420-4117/0741  
**Río Gallegos:** Cochabamba 484  
(Z9402BVJ) Santa Cruz  
Tel.: (02966) 43-2527  
**Las Heras:** Gobernador Gregores 690  
(9017) Santa Cruz  
Tel.: (0297) 497-6490/15-452-6487

**Comodoro Rivadavia:** 25 de Mayo 964  
(U9000CUJ) Chubut  
Tel.: (0297) 447-5545 / 446-2356  
**Neuquén:** Alberdi 184  
(Q8300HLD) Neuquén  
Tel.: (0299) 442-5501 / 447-3814  
**Río Grande:** Miguel Cané 28  
(V9420CQB) Tierra del Fuego  
Tel.: 02964) 42-7608  
**Tartagal (Salta):** Tel.: (03875) 42-4221