

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.

Autorizo a OSDIPP a incorporarme al Sistema de Pago Directo de Facturas, para debitar los cargos por los Servicios Médico - asistenciales que emita en el futuro esa Obra Social.

Informo que mi cuenta corriente / caja de ahorros (*) pertenece al Banco
..... Sucursal y que la **CBU** correspondiente a mi cuenta es:
..... (22 dígitos).

Para corroborar el CBU adjunto fotocopia del encabezado del extracto de la cuenta.

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.....

Nº de Credencial.....

Nº de CUIT o CUIL.....

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