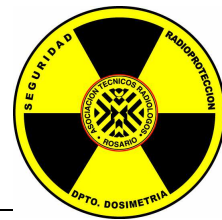




**PERSONERIA JURIDICA Nº 352**



Lugar y fecha .....

Autorizo a la Asociación de Técnicos de la Salud a cobrar el servicio de Dosimetría Personal con el sistema de "Débito Automático":

VISA       MASTERCARD

CABAL       NARANJA

TARJETA Nº      

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

FECHA DE VENCIMIENTO      ..... / .....

Firma .....

DATOS

Nº de documento .....

Apellido y nombres .....

Domicilio particular .....

Localidad..... Provincia.....

Teléfonos.....

Celular.....

Domicilio laboral .....

Localidad..... Provincia.....

Teléfonos.....

E-mails.....