ACTUALIZACIÓN DE DATOS (*)

NOMBRE Y APELLIDO

E-MAIL

BANCO

CBU

CUENTA CORRIENTE ☐ CAJA DE AHORRO ☐

(*)
LOS DATOS CONSIGNADOS SERÁN UTILIZADOS EXCLUSIVAMENTE POR ASOCIACIÓN MÉDICA DE AVELLANEDA PARA LLEVAR A CABO TRANSFERENCIAS BANCARIAS EN BENEFICIO DEL FIRMANTE, CUANDO CORRESPONDIERA.

DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO SON CORRECTOS Y QUE LO HE CONFECCIONADO SIN OMITIR NI FALSEAR INFORMACIÓN ALGUNA, SIENDO FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD.

FIRMA	ACLARACIÓN

DNI	FECHA	Cargado por .....