

## AUTORIZACIÓN DE PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO

CIUDAD	FECHA DD   MM   AAAA	CONTRATO N°
--------	-------------------------	-------------

Señores:

ENTIDAD FINANCIERA

Presente

De mi consideración:

Por medio del presente yo, \_\_\_\_\_  
con número de cedula \_\_\_\_\_ titular de la tarjeta de crédito N° \_\_\_\_\_  
con fecha de vencimiento \_\_\_\_\_ y código de seguridad \_\_\_\_\_ autorizo expresamente  
a ENTIDAD FINANCIERA \_\_\_\_\_  
debitar de mi tarjeta de crédito el valor de \_\_\_\_\_ mismo que  
pagaré de forma: corriente  diferido  a \_\_\_\_\_ meses sin intereses por el valor de las cuota según el  
plan contratado de medicina prepagada.

Eximo de cualquier tipo de responsabilidad a ENTIDAD FINANCIERA \_\_\_\_\_ por valores  
reportados por Confiamed, en tal virtud renuncio a tomar cualquier acción administrativa, judicial, extrajudicial, en  
el presente o en el futuro, en contra de la referida institución.

Atentamente,

Firma titular tarjeta: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos titular tarjeta: \_\_\_\_\_

C.C titular tarjeta: \_\_\_\_\_

### Datos Afiliado

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Número de cédula: \_\_\_\_\_