

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE

Pelo presente termo, eu, _____,

portador(a) do Registro de Identificação _____,

CIC/CPF Nº _____, autorizo a UNESP SAÚDE

a debitar via débito automático no Banco _____,

agência Nº _____, Conta Corrente _____,

valores referentes ao PLANO DE SAÚDE, conforme Proposta de Termo de Adesão.

data ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO TITULAR

CIC/CPF:

RG: