**Solicitud de adhesión al Servicio de Pago Directo**

* Alumno / s:
* Nivel / Curso:
1. **Datos del titular de la cuenta**
* Apellido y nombre:
* Tipo y nº de DNI:
* Nº de CUIT / CUIL:
* Nº de CBU:
1. **Datos de la cuenta:**
* Banco:
* Sucursal:
* Tipo de cuenta:
* Nº de cuenta:
1. **Autorización:**

Por medio de la presente y con mi firma estampada autorizo a realizar la operatoria de Pago Directo correspondiente al Sistema Nacional de Pagos reglamentado por el Banco Central de la República Argentina en sus comunicaciones A2559, A2622, A2623 en la cuenta cuyos datos se consignan en los puntos 1 y 2.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo y Nº de Documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Datos del servicio a adherir (a completar por parte de la Institución)**
* Empresa: Escuela Hogar Amor Maternal – Instituto San José
* Nº de CUIT: 30 - 66233091 – 0
* Servicio a adherir: Pago Directo
* Código del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_