



ASOCIACION DE AUXILIO POSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PUBLICA
DEPARTAMENTO DE INFORMATICA/CONTABILIDAD
5a. Calle 5-23 zona 1 – página Web www.asapespu.com
PBX 22001515 ext: 107.

SOLICITUD DE VISA EN PAGOS
PAGO PROGRAMADO POR MEDIO DE TARJETA DE DÉBITO O CRÉDITO

Fecha: Guatemala, _____ de _____ de _____ Por medio de este formulario, a partir de la presente fecha, autorizo a la Asociación de Auxilio Póstumo Del Empleado De Salud Pública. Realizar el cobro automático por medio de mi tarjeta de débito/crédito, para el pago de cuotas ordinarias de Q80.00, de acuerdo a la siguiente información:

Datos Asociado(a)

Código Asociado(a): _____ DPI: _____ Correo: _____

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Cel: _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Datos Tarjeta

Número de Tarjeta: _____

Fecha de Vencimiento: ____/____.

Banco Emisor: _____

Visa

MasterCard

F: _____
Firma Asociado(a)