

## AUTORIZACIÓN PARA CARGO AUTOMÁTICO EN TARJETAS DE CRÉDITO Y/O CUENTA

Yo, \_\_\_\_\_, titular de la C.I. número: \_\_\_\_\_, autorizo a cargar a la Tarjeta de Crédito: Visa \_\_\_\_\_, Mastercard \_\_\_\_\_, identificada con el Nro.: \_\_\_\_\_, fecha de vencimiento: Mes: \_\_\_\_\_, Año: \_\_\_\_\_, o de la Cuenta de Ahorro \_\_ Cuenta Corriente\_\_ Identificada con el Nro.: \_\_\_\_\_, en el Banco: \_\_\_\_\_, el monto correspondiente a \_\_\_\_\_ Bs. con una frecuencia (mensual, semestral, anual) \_\_\_\_\_ por concepto del Aporte Voluntario a la Cuenta Corriente Banplus No. 0174-0131-95-1314169663, a nombre de Fundación Alzheimer de Venezuela, Rif.: Nro. RIF-J003046809, el cual deberá ser acreditado en la cuenta designada por la referida empresa en Banplus Banco Universal, C.A. Asimismo es de mi completa responsabilidad mantener la disponibilidad de los fondos en la Tarjeta de Crédito y/o en la Cuenta antes indicada a fin de cumplir con este compromiso adquirido, así como también efectuar la respectiva notificación a la Fundación Contra la Parálisis Infantil sobre cualquier cambio en la numeración de mi Tarjeta de Crédito, extravío, cancelación o hurto.

En \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Titular**

### DATOS DEL TITULAR:

Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Entregar en la Agencia Banplus de su preferencia o directamente en la Fundación Alzheimer de Venezuela: Calle Limón, Quinta Mi Muñe - El Cafetal (Teléfonos: 0212. 4146129 / 0212. 9859183) o en manos de sus representantes.