



**FORMULARIO DE INSCRIPCION  
SERVICIO DE PAGOS AUTOMATICOS**

Quienes suscriben, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, portadores de las cédulas de identidad y electoral No. \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, representantes de la empresa \_\_\_\_\_, con RNC No. \_\_\_\_\_ autorizamos formal y expresamente a ARS UNIVERSAL S. A. a cargar de la cuenta corriente \_\_\_ ahorro \_\_\_ o tarjeta de crédito No. \_\_\_\_\_ fecha de vencimiento (en caso de ser tarjeta) \_\_\_\_\_ del Banco \_\_\_\_\_, el pago automático y recurrente por concepto de los servicios de Administración Riesgo de Salud con periodicidad \_\_\_\_\_, en el día \_\_\_ de cada \_\_\_\_\_.

Nota: Cuando desee retirar ésta modalidad de pago, debe realizarlo por escrito. SOLO SE ACEPTAN TC VISA Y MASTECARD.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

Firmado en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ ( ) días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ ( ).

Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ (Para notificaciones de Débito)

Fax: \_\_\_\_\_ (Para notificaciones de Débito)