

FINANCIACION DE COMPRAS DE MEDICAMENTOS

A SOCIOS DEL INTERIOR

NOMBRE Y APELLIDO

Nº AF.

CUENTA CA./C.C. Nº SUCURSAL:.....CUIL:.....

CBU:.....

Acompaño el ticket por la compra de medicamentos en la farmacia

Por \$..... (pesos

Solicito se me acredite el importe de \$..... comprometiéndome a devolver el mismo en tres cuotas mensuales iguales, sin intereses ni gastos, autorizando a debitar las mismas de mi haber en la Caja de Jubilaciones del Banco Provincia

Firma.....

Aclaración.....