

**BAJA DEL DEBITO AUTOMATICO**

Mar del Plata, .....

**SEÑORES OBRAS SANITARIAS**

**S/D**

---

**Ref: Solicitud de baja al Débito automático Cuenta OSSE N° .....**

De mi consideración:

Solicito por vuestro intermedio la cancelación del Débito Automático que contratara en su oportunidad con el establecimiento (complete el nombre del establecimiento) .....  
.....y que se realiza mensualmente en mi tarjeta: VISA / MASTERCARD / CABAL (elimine la que no corresponda)

Sin otro particular, saluda a Ud. atentamente;

ESCRIBA SU NOMBRE, TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO

.....