

BAJA DEL DÉBITO AUTOMÁTICO

Gerencia Comercial



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

.....