



AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE

Pelo presente termo, eu, _____,

portador(a) do Registro de identidade _____, CIC/CPF Nº _____,

autorizo o UNESP Odonto a debitar, via débito automático no Banco _____,

agência Nº _____, Conta Corrente _____,

valores referentes ao Plano Odontológico, conforme Proposta de Termo de Adesão.

data ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO TITULAR