



Autorização para Débito Automático



Obrigado por contribuir com MSF e optar pelo débito automático. Preencha, por favor, os campos abaixo com seus dados e assine. **Esta é uma exigência do Banco do Brasil. Sem isso, não conseguimos processar sua doação. Leve o formulário preenchido e assinado à sua agência o mais rápido possível.**

Preencha os campos abaixo:

Agência (nº + Dígito)	Conta Corrente (nº + dígito)	Telefone para Contato (DDD + nº)
Nome Completo (Titular da conta)		

Natureza do débito (Uso BB)

(x) Outros	Nº Identificador (CPF)	Nome da Empresa	Nº do Convênio(Uso BB)
		Médicos Sem Fronteiras	026642

Condições:

1. Autorizo o Banco do Brasil S.A. a debitar em minha conta-corrente o valor correspondente à quitação dos compromissos acima especificados.
2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o Banco do Brasil S.A. isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de saldo na data do vencimento.
3. Em caso de dúvida ou reclamação sobre datas de vencimento e/ou valores, devo solicitar esclarecimentos diretamente a Médicos Sem Fronteiras.
4. Estou ciente de que o Banco do Brasil se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviço, mediante comunicação por escrito.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

O BANCO coloca à disposição do(s) cliente(s) os seguintes telefones: Central de Atendimento – 4004-0001* ou 0800 729 0001 | Serviço de Atendimento ao Consumidor (informação, dúvida, sugestão, elogio, reclamação, suspensão ou cancelamento) 0800 729 0088.