

**Autorización Tarjeta de Débito Maestro Sofitasa
Menor de Edad
Cuenta de Ahorros**

Yo, _____, de nacionalidad _____, mayor de edad, de estado civil _____, domiciliado(a) en la ciudad de _____ y titular de la Cédula de Identidad N° _____, actuando en mi condición de representante legal del menor de edad _____, de nacionalidad _____ domiciliado(a) en la ciudad de _____ y titular de la Cédula de Identidad N° _____; de conformidad con lo establecido en la normativa legal vigente, en nombre propio y en nombre de mi representado(a), declaro que: **(i)** me adhiero a los términos establecidos en las **Condiciones Generales para la Utilización de las Tarjetas de Débito Maestro Sofitasa**, aprobado por la Superintendencia de las Instituciones del Sector Bancario, mediante Oficio N° **SIB-DSB-CJ-OD-19287** de fecha 08 de julio de 2011, posteriormente inscrito ante el Registro Público del Segundo Circuito del Municipio San Cristóbal Estado Táchira, en fecha 16 de noviembre de 2011, bajo el N° 26, Folio 90 del Tomo 26, las cuales he leído con anterioridad a la firma de este documento y, por lo tanto, los conozco, entiendo y acepto; **(ii)** autorizo la emisión de la **Tarjeta de Débito Maestro Sofitasa** a nombre de mi representado(a) y la afiliación de la misma a su cuenta de Ahorro N° _____; **(iii)** solicito que se habilite suficientemente a mi representado(a) para que pueda, a través de la **Tarjeta de Débito Maestro Sofitasa**, movilizar libremente su Cuenta de Ahorro antes identificada, mediante cualquier operación electrónica (Puntos de Venta, Cajeros Automáticos, Sofinet, Pago Móvil y cualquier otra que implemente el Banco); y, **(iv)** asumo, en nombre de mi representado(a), todas las obligaciones que se deriven del uso de la **Tarjeta de Débito Maestro Sofitasa** que se le asigne.

En _____, a los _____ (____) días del mes de _____ del año (____).

Firma del Representante Legal

Huella Dactilar