



Deducción Automática de Tarjeta

DATOS PERSONALES

Nombre _____

Cédula N° _____ Código N° _____ Teléfonos: _____

Correo electrónico _____

Autorizo a realizar la cancelación de la mensualidad por medio del sistema de cargo automático de mi tarjeta:

Banco emisor: _____ (no se acepta American Express)

Número de tarjeta: _____ - _____ - _____ - _____

Vencimiento: _____ - _____ Monto a Cancelar: ₡ _____

Observaciones: _____

NOTA IMPORTANTE

- ✓ Me doy por enterado(a) que con el atraso de **3 o más cuotas** consecutivas el Colegio me iniciará el proceso de suspensión temporal por morosidad **según el art. 5 del Reglamento de la Ley Orgánica.**
- ✓ **Cada vez que cambie, renueve o reciba una nueva tarjeta se deberá actualizar la información con el Dpto. de Contabilidad del Colegio de Psicólogos de CR.**
- ✓ **El o la Colegiado/a tiene la responsabilidad de velar por su estado de cuenta y garantizar que se encuentre al día en sus pagos.** Por lo que se les solicita estar pendientes de sus estados de cuenta en el Colegio.
- ✓ El Colegio Profesional de Psicólogos de C.R. no se hace responsable por rebajos no realizados ya sea por Fondos Insuficientes, Errores en Sistema, Extravío de su tarjeta, Vencimiento o cambios en la misma no reportados.
- ✓ El Banco Emisor no realiza rebajos a las Tarjetas American Express.

Firma del Colegiado

Fecha de Autorización

¡Su salud mental es nuestra vocación!

Central telefónica: 2271-3101 • Fax: 2271-0819

Apartado postal: 8238-1000 San José • Dirección: Pinares de Curridabat, 700 metros este del Servicentro La Galera, Carretera vieja a Tres Ríos. San José, Costa Rica.

www.psicologiacr.com