

Datos Personales

Nombre: _____ Cédula N°: _____

Código N°: _____ Correo electrónico: _____

Estado Civil: _____ Teléfonos: _____

Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Autorizo hacer la cancelación de la mensualidad por medio del sistema de deducción automático de mi tarjeta:

Banco emisor: _____ (No se acepta American Express)

Número de tarjeta: _____ - _____ - _____ - _____

Vencimiento: _____ - _____ Monto a Cancelar: ₡ _____

Observaciones: _____

NOTAS IMPORTANTES

- 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 de Profesionales en Psicología de C.R. no se hace responsable por rebajos no realizados ya sea por Fondos Insuficientes, Errores en Sistema, Extravío de su tarjeta, Errores u omisión de datos incluidos en boleta, Vencimiento o cambios en la misma no reportados. Se autoriza al Colegio a rebajar saldos pendientes de como mínimo 2 cuotas por rechazos de la tarjeta cuando se realicen revisiones máximas de la deducción.
- El Banco Emisor No realiza rebajos a las Tarjetas American Express.

Firma del Colegiado (a): _____ Fecha: ____/____/____