Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cédula, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, colegiado No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo al Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, para que el día\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ me deduzca la suma de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o su equivalente en colones, por concepto de inscripción al XVII CONGRESO FARMACEUTICO NACIONAL, monto que corresponde a la modalidad de participación que he seleccionado en el Formulario de Inscripción al Congreso.

**Datos del Tarjetahabiente**:





Tipo de Tarjeta: *Débito*  *Crédito*

Número de tarjeta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Vencimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banco Emisor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono Habitación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono Celular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Debe enviar este formulario firmado y escaneado, junto con copia de la tarjeta escaneada al correo **cajas@colfar.com**, o enviarlos al fax 2297-5726.

**Firma de Autorización (similar a la de la tarjeta)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**No. Cédula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**