



## Autorización Dedución Automática de Tarjetas de Crédito o Débito

Yo, \_\_\_\_\_, cédula, \_\_\_\_\_, colegiado No. \_\_\_\_\_, autorizo al Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, el día \_\_\_\_\_, para que a partir de \_\_\_\_\_, me deduzca la suma de ₡ \_\_\_\_\_, por concepto de pago de colegiatura mensual. Además lo autorizo a deducir, en caso de ser necesario las colegiaturas que se encuentren atrasadas, así como los ajustes por incrementos que pueda tener esta y los rubros afines.

### Datos del Tarjetahabiente:

Tipo de Tarjeta: Débito  Crédito  Número \_\_\_\_\_  
Banco Emisor \_\_\_\_\_ Fecha de Corte \_\_\_\_\_  
Fecha Vencimiento \_\_\_\_\_ Teléfono Habitación \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Apartado Postal \_\_\_\_\_  
Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_  
Teléfono Oficina \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

### ASPECTOS A CONSIDERAR

- 1- El colegiado se compromete con la entidad a revisar mensualmente el estado de cuenta de su tarjeta, y en caso de no tener la deducción del Colegio, deberá comunicarlo al departamento de Contabilidad de la Institución al teléfono 2297-0676, enviar boleta al fax 2297-5726.
- 2- En caso de que realice algún cambio en su tarjeta, como por ejemplo: cancelación de ella (por robo, extravío, etc), renovación u otro, deberá informarlo al Colegio para que sea tomado en cuenta antes de solicitar la deducción.
3. Debe presentar la tarjeta escaneada al correo [descargos@colfar.com](mailto:descargos@colfar.com) , o enviar una fotocopia al fax 2297-5726.

Acepto los términos anteriores y en caso de incumplir con alguno de ellos, libero al Colegio de Farmacéuticos de toda responsabilidad.

Firma de Autorización \_\_\_\_\_ No. Cédula \_\_\_\_\_

Observaciones:

\_\_\_\_\_

---