

FECHA _____

AUTORIZACION DE DEDUCCION AUTOMATICA

ASPECTOS IMPORTANTES 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 de tarjeta, como por ejemplo: cancelación de ella (por robo, extravío, etc.), renovación u otro, deberá actualizar los datos llenando de nuevo el formulario.

3. Debe presentar la tarjeta escaneada al correo descargos@colfar.com, junto con este formulario para proceder a realizar la afiliación al servicio de descargo.

Yo, _____, cédula, _____, colegiado No. _____, autorizo el día de hoy, al Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, para que los días ____ de cada mes, 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 Visa MasterCard Otro

Número de tarjeta _____

Banco Emisor _____ Fecha de Corte _____

Fecha Vencimiento _____ Teléfono Habitación _____

Teléfono Celular _____ Fax _____

Correo Electrónico _____

Lugar de Trabajo _____

Teléfono Oficina _____ Ext. _____

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:

