



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 , 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:
