***Fecha:***      /     /

***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 a la Unidad de Gestión Financiero Contable al teléfono 2297-0676 ext. 135.

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 este formulario.

3- Los descargos se realizan los 01 y 16 de cada mes según la indicación del colegiado.

4- **Debe presentar la cédula de identidad o carnet de colegiado vigente al correo** [**descargos@colfar.com**](mailto:descargos@colfar.com)**, junto con este formulario para proceder a realizar la afiliación al servicio de descargo.**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador de la identificación (  cédula,  DIMEX,  pasaporte) número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, código profesional número       , autorizo al Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, para que me deduzca mensualmente el día [1ero  / 16  (marque)] del mes,la suma correspondiente por el concepto de pago de colegiatura. Además, 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. Esto hasta por un máximo de tres colegiaturas atrasadas, ya que posterior a este periodo correspondería aplicar el procedimiento **de suspensión por morosidad en las cuotas de colegiatura, y deberá realizar el pago por sus propios medios luego de los 3 meses en los diferentes recursos que ofrece el colegio.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos del Tarjetahabiente** | | | | |
| Tipo de tarjeta | Débito  Crédito | | Visa MasterCard  AMEX  Otro | |
| Banco Emisor |  | | | |
| Número de tarjeta |  | | | |
| Fecha vencimiento |  | | | |
| Teléfono móvil |  | Teléfono casa (si aplica) | |  |
| Correo Electrónico |  | | | |
| Lugar de trabajo |  | | | |
| Teléfono trabajo |  | | | |

**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. Identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Al firmar este formulario usted acepta que los datos sensibles aportados sean tratados para fines internos, estos no serán compartidos con terceros y se usarán únicamente para el objetivo indicado. A su vez, usted acepta recibir comunicaciones por correo electrónico relacionados con el asunto. Se aclara que el presente consentimiento podrá revocarlo en cualquier momento.

***Observaciones:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*