



COLEGIO DE CIRUJANOS DENTISTAS DE COSTA RICA
BOLETA DE AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO AUTOMATICO DE COLEGIATURAS

DATOS PERSONALES:

Nombre del Colegiado			
Cédula de Identidad		Código	
Teléfono Habitación		Celular	
Teléfono Oficina		Extensión	
Correo electrónico			

AUTORIZO HACER LA CANCELACIÓN POR MEDIO DEL SISTEMA DE CARGO / REBAJO AUTOMATICO DE MI TARJETA:

CUENTA A COBRAR

Colegiatura mensual 2024 **16500**

TARJETA

NO SE ACEPTAN TARJETAS DE AMERICAN EXPRESS

Master Card VISA

Débito Crédito

Banco Emisor		
Número de tarjeta		
Fecha vencimiento	MES	AÑO

OBSERVACIONES

NOTAS IMPORTANTES

Estoy enterado (a) que en el atraso de 3 cuotas consecutivas el Colegio procederá con el proceso de suspensión temporal según el artículo 10 de la Ley Orgánica.

Cuando cambie, renueve o reciba una tarjeta se deberá de actualizar la información con el Departamento de Cobro del Colegio de Dentistas, en caso de no actualizarse se procederá a eliminar del sistema la tarjeta.

Las deducciones se realizan después de los días 15 de cada mes, en caso de no procesarse se reintentará en días posteriores. En caso de que acumule 2 colegiaturas (una pendiente y otra al cobro) y después de realizarse el segundo intento en el mes, se procederá a notificar por correo o llamada.

Es responsabilidad del colegiado velar por el estado de cuenta, la aplicación de los pagos y estar al día en todas las obligaciones con el Colegio.

Todo pago quedará sujeto al reporte mensual emitido por parte de la empresa o banco emisor de la tarjeta.

Firma del Colegiado _____

Fecha de Autorización _____

Enviar este formulario debidamente firmado al correo electrónico cobro@colegiodentistas.org