

REBAJO AUTOMÁTICO DE TARJETA PARA EL DÉBITO DE LA MENSUALIDAD

SI USTED DESEA AUTORIZAR LA DEDUCCIÓN AUTOMÁTICA POR MEDIO DE ALGUNA TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO POR FAVOR LLENAR LOS SIGUIENTES ESPACIOS:

Fecha: _____ Cédula: _____ Carné: CTCR- _____ Celular: _____

Nombre del solicitante: _____ Email: _____

Nota: Las Tarjetas Visa Electrón y American Express no aplican para este cargo Automático.

1. VISA() MASTER CARD() Tarjeta N°: _____ / _____ / _____

2. Fecha de vencimiento: Mes: _____ Año: _____ Fecha del débito: **Primeros 5 días hábiles de cada mes**

3. Solicito iniciar este débito en la siguiente fecha: Mes _____ / Año _____

Autorizo al Colegio de Terapeutas de CR para que deduzca de mi tarjeta afiliada todas las cuotas que estén pendientes al día de iniciar con el débito y que posteriormente continúen rebajándose automáticamente de forma mensual las cuotas de la colegiatura o el equivalente al saldo pendiente.

Importante:

1. En caso de presentar un cambio de la tarjeta por vencimiento, robo, extravió o deterioro, comunicarle de inmediato vía correo electrónico al Dpto. Financiero del CTCR, indicando el número y fecha de vencimiento de esta.
2. Luego de cuatro rechazos de rebajo de tarjeta (€24,000), se excluirá automáticamente de esta modalidad de pago y se lo notificará vía correo electrónico.
3. Si el tarjetahabiente es distinto al colegiado activo se debe adjuntar una autorización firmada en donde se indique que podemos proceder con el débito.
4. En caso de requerir la exclusión al débito por favor escribir al correo cobros@ctcr.cr
5. **No** se le estará solicitando vía llamada telefónica los datos de su tarjeta.
6. **No** solicitamos enviar el código de verificación de su plástico.

Las autorizaciones pueden ser presentadas de manera física en Plataforma de Servicios, enviadas en forma escaneada, vía correo electrónico adjuntando copia de la cédula de identidad al correo cobros@ctcr.cr, al momento de recibir el documento se le brindará el recibido del trámite.

- Boleta que venga sin firmar por puño y letra será nula, se autoriza la firma digital.

Cédula: _____ Firma: _____

CONTROL DE VERSIONES

Previo a su publicación en el Sistema de Gestión Digital, este documento lo revisó el Coordinador de Gestión y aprobó la Dirección Ejecutiva del Colegio de Terapeutas de Costa Rica.

Versión	Fecha	Origen del cambio
01	20-09-2021	Modificación de texto
02	14-10-2021	Se actualiza contenido
03	22-09-2022	Se actualiza contenido
04	08-02-2023	Se modifica el contenido