



AUTORIZACION DE DEBITO AUTOMATICO MEDIANTE TERCEROS

Yo _____ con Identidad # _____ autorizo a que se debite de mi tarjeta de crédito # _____ con vencimiento el _____ a partir de la fecha la cantidad de _____ de acuerdo a los siguientes conceptos:

Cuota colegial de Lps. _____ FECOPRUH Lps. _____

Préstamo _____ cuota mensual Lps. _____ Vence el _____

Préstamo _____ cuota mensual Lps. _____ Vence el _____

Préstamo _____ cuota mensual Lps. _____ Vence el _____

Que pertenecen al Dr. (a): _____ con número de colegiado # _____

Firmo de conformidad a los _____ días del mes de _____ del año 201__

Firma

Correo Electrónico: _____

Teléfono fijo: _____ Móvil: _____

*El Débito podrá ser cancelado por escrito con 30 días de antelación, dirigiendo carta al Departamento de Recuperaciones del Colegio Médico de Honduras.