



Autorización Débitos Automáticos

Yo _____ Colegiado # _____

Autorizo al Colegio Médico de Honduras a

Debitar de mi tarjeta de crédito /debito # _____

Vencimiento Tarjeta Crédito _____ la cantidad de Lps. _____

Tarjeta de Identidad _____

Correo electrónico _____

Teléfono Fijo _____ # Teléfono Móvil: _____

Dado en la ciudad de _____ a los _____ del mes de _____ del _____

Firma del cliente

Información para uso exclusivo del Colegio Médico de Honduras:

Cuota colegial de Lps. _____ FECOPRUH Lps. _____

Préstamo _____ cuota mensual Lps. _____ Vence el _____

Préstamo _____ cuota mensual Lps. _____ Vence el _____

Préstamo _____ cuota mensual Lps. _____ Vence el _____

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