



COLEGIO DE MICROBIÓLOGOS Y QUÍMICOS CLÍNICOS DE COSTA RICA

BOLETA DE AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN DE COLEGIATURA POR PLANILLA INSTITUCIONAL

YO _____

CÓDIGO DE COLEGIADO: _____ CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

AUTORIZO A DEDUCIR DE MI SALARIO INSTITUCIONAL

INSTITUCIÓN _____

PUESTO: _____

POR CONCEPTO DE: _____

LA SUMA DE: _____

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

Con este documento autorizo

- En el caso de no efectuarse el rebajo total o parcial de la colegiatura, será obligación del colegiado cancelarlo por los otros medios de pagos, sinpe móvil, transferencia bancaria o bien de forma presencial en las instalaciones del Colegio.
- Para los trabajadores de la CCSS, en el mes donde existen tres bisemanas, autorizo a que el rebajo se haga solo en dos bisemanas.
- Será obligación del colegiado o técnico, informar de algún cambio con su condición patronal.
- En el caso de ajustes anuales, el colegiado o el técnico autoriza con esta misma nota que el Colegio los lleve a cabo de manera automática.
- Tomar en cuenta, que es responsabilidad del colegiado verificar que se le efectúe correctamente la deducción de la colegiatura.
- El Colegio cuenta con convenio con las siguientes instituciones: **CCSS, Ministerio de Salud, OIJ, MAG, UCR.**
- Sírvasse llenar esta boleta y enviarla con su firma de puño y letra, escaneada al correo electrónico tellez@microbiologos.cr

FIRMA _____ FECHA _____