**AUTORIZACION EXPRESA**

**Por medio de la presente, autorizo el descuento  automático de mi cuenta del BPN, el importe correspondiente a mis débitos impagos al Colegio de Psicólogos de Neuquén – Distrito I, al día 1° de cada mes,  correspondientes a cuotas ordinarias, actividades científicas, seguro de mala praxis y todo otro servicio que haya contratado por medio de la institución. Me hago responsable de controlar, que esté hecho el descuento correctamente.**

**Asimismo, autorizo el descuento de $505.00 (pesos quinientos cinco) en forma mensual, para cubrir el gasto de operación que cobra el Banco Provincia del Neuquén.**

**En Neuquén, a los…………….. del mes de………………………..de 2024.**

 **FIRMA**

 **APELLIDO Y NOMBRE:……………………………….……**

 **DNI Nº:…………………………..**

  **Nº MATRÍCULA:………………**