

## **AUTORIZACIÓN 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 \$701.00 (setecientos uno) en forma mensual, para cubrir el gasto de operación que cobra el Banco Provincia del Neuquén.

En Neuquén, a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 2025.

FIRMA

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

DNI N.º \_\_\_\_\_

N.º MATRÍCULA: \_\_\_\_\_