

San Carlos de Bariloche, ..... de ..... de .....

**COLEGIO DE PSICOLOGOS DE LA ZONA ANDINA.  
JOHN O'CONNOR 234 PB "B", 8400.  
SAN CARLOS DE BARILOCHE, RIO NEGRO.**

AT: COMISIÓN DIRECTIVA DEL COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE LA ZONA ANDINA.

REF: SOLICITUD DE PLAN DE PAGO PARA CANCELACIÓN DE DEUDA.

De mi consideración,

El/la que suscribe, Lic. ...., DNI N° ....., Matrícula Profesional de la Provincia de Río Negro N° ....., estando inscripto/a en el Colegio de Psicólogos de la Zona Andina, y habiendo sido informado/a por el área administrativa que me encuentro adeudando el pago de ..... cuotas mensuales de colegiatura, es que solicito a la Comisión Directiva apruebe un plan de pago para poder cancelar mi deuda en:

- 3 pagos fijos mensuales y consecutivos (Importe total de la deuda más un 5% de interés).
- 6 pagos fijos mensuales y consecutivos (Importe total de la deuda más un 10% de interés).

Con mi compromiso de pagar la deuda en tiempo y forma, quedo a la espera de una pronta respuesta.

Sin otro particular, saluda atentamente.

.....

Firma y aclaración del Colegiado

Completar, firmar y enviar la solicitud. Puede dejarla en el buzón de la sede del Colegio o enviarla por correo electrónico. Deberá esperar a que la Comisión Directiva apruebe su solicitud de plan de pago para cancelación de deuda. Luego se la/lo estará contactando desde la Secretaría administrativa para informarle al respecto.