

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 contraído al día de la fecha, una deuda con vuestra institución de ..... cuotas mensuales de colegiatura, por un monto total de \$....., solicita/o se me pueda otorgar una plan de pago para cancelar mi deuda.

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