



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE REGISTRO, COBRO Y BENEFICIARIOS

Los datos solicitados son exclusivamente para uso interno del colegio y la gestión efectiva de sus trámites

Datos personales

Nombre:

Cédula: Estado civil: Sexo: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento: Carné:

Dirección de habitación:

Otras señas:

Telf. habitación: Celular:

Correo electrónico: Correo electrónico alternativo:

Nombre de un pariente o amigo cercano

Teléfono: Celular: Correo electrónico:

Datos académicos

Grado académico: Doctorado Maestría Licenciatura Bachillerato

Título (especificar): Fecha de graduación

Universidad

Información laboral

Lugar de trabajo:

Telf. trabajo: Ext.: Fax:

Dirección de trabajo:

Información de pago

La forma de pago autorizada para el pago de cuotas por membresía es por cargo automático a la tarjeta y este se realiza los días 15 o 30 de cada mes. Por favor llene los espacios del siguiente cuadro con letra clara y legible.

a. CARGO AUTOMÁTICO A LA TARJETA

Número de tarjeta Banco emisor:

Fecha de vencimiento de la tarjeta Tipo de tarjeta: Débito Crédito

Fecha de rebajo (indique si es el 15 o 30 de cada mes):

15 de cada mes 30 de cada mes

b. COBRO POR PLANILLA

Organización en la que labora:

c. PAGO PERSONAL

Internet Banking BCR BNCR BAC SAN JOSÉ Otro:

Transferencias bancarias SINPE MÓVIL Colper (8850-3589)

Mediante el presente formulario, autorizo expresamente al Colper aplicar rebajo por tarjeta, incluso cuando quedan cuotas pendientes o saldos por ausencia de fondos o por cambios no reportados en la tarjeta. El trámite de aplicación y cambio de datos de la tarjeta está sujeta a la firma de este documento.

Para un mejor servicio de cobro, el cambio de tarjeta o fecha de vencimiento debe ser reportado de inmediato a cobro@colper.or.cr, ya que este trámite no lo realiza el banco emisor.

Firma de autorización

Fecha

Datos Sobre Grupo Familiar

Nombre de la Madre: Fecha de nacimiento: N° Telefónico:

Nombre del padre: Fecha de nacimiento: N° Telefónico:

Nombre del cónyuge o pareja sentimental: Cédula: Fecha de nacimiento: N° Telefónico:

Hijos Biológicos o por adopción: Cédula: Fecha de nacimiento: N° Telefónico:

BENEFICIARIOS

Beneficiarios del fondo de retiro

Nombre: Cédula: N° Telefónico:
 %
 %
 %

Beneficiarios del fondo de muerte de colegiado

Nombre: Cédula: N° Telefónico:
 %
 %
 %

Al firmar este documento declaro expresamente que conozco el Estatuto del Fondo de Mutualidad del Colegio de Periodistas y Profesionales en Ciencias de la Comunicación Colectiva de Costa Rica y su reglamento. Entendiendo, además, que al designar menores de edad como beneficiarios ello obligará al Colegiado de Periodistas a depositar la suma de dinero que corresponda al juzgado Civil que tramite en el momento correspondiente, el respectivo juicio sucesorio.

Firma

Cédula