



Fórmula para Cursos no brindados

Nombre: _____ Carné: _____

Número de Cedula: _____ Celular: _____

Motivo /Concepto: _____

Monto a Reintegrar: _____

Número del
comprobante de pago: _____ Fecha: _____

Correo electrónico: _____

Nota Importante

Es indispensable para efectuar el *reintegro del dinero o aplicación del pago a sus cuotas de colegiatura* que todos los datos solicitados previamente estén completos, ya que de lo contrario no se puede proceder con el reintegro del dinero.
Debe aportar una copia del comprobante de pago.

Aplicación de su Pago a Cuotas de Colegiatura

Deseo expresamente que el monto cancelado por el curso no brindado se utilice para cancelar mis cuotas de colegiatura

Datos de cuenta en la que desea se realice la devolución del dinero

Entidad Bancaria: _____

Número de cuenta
IBAN: _____

Cuenta a Nombre de: _____
Cédula del titular de la
cuenta: _____

Fecha de solicitud: _____

Firma de Solicitante: _____

Esta solicitud debe de venir firmada por su puño y letra del Abogado o Abogada solicitante.

Uso Interno del Colegio de Abogados de Costa Rica

Firma de Jefatura
autorizando: _____