



FORMULARIO SOLICITUD DESCUENTO POR ACUERDO ColPsiCh y CPZA

DATOS PERSONALES

Apellido _____

Nombre _____

DNI _____

Celular _____

Mail _____

DATOS MATRÍCULA ColPsiCh

Número de Matrícula _____

Fecha de expedición _____

Domicilio laboral _____

DATOS MATRÍCULA CPZA

Número de Matrícula _____

Fecha de expedición _____

Domicilio laboral _____

Al firmar esta solicitud acepto las condiciones establecidas en el CONVENIO ESPECÍFICO POR DOBLE COLEGIACIÓN ENTRE EL COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE LA ZONA ANDINA DE RÍO NEGRO



Y EL COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE LA PROVINCIA DEL CHUBUT, el cual he leído y comprendido en su totalidad.

Fecha

Ciudad

Firma y Sello