

	SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE DINERO	Código: IRFO03
		Versión: 01
		Página: 1 de 1
		Elaborado: 31/07/2019

Ciudad y fecha: _____

Señores
Colegio Colombiano de Fisioterapeutas - COLFI
Bogotá D.C.

Por medio de la presente solicito la devolución del dinero pagado a COLFI para el trámite de la solicitud de la tarjeta profesional, por valor de \$_____.

MOTIVO DE DEVOLUCIÓN:

Pago Errado / Título Errado / Desistimiento trámite / Trámite Archivado

Adjunto Certificación bancaria para la consignación de la devolución:

Titular: _____

Tipo de Cuenta: Corriente / Ahorros No. _____

Entidad bancaria _____

NOTA: Manifiesto con la firma de la presente solicitud que tengo conocimiento previo que al valor pagado se le descontarán los gastos financieros correspondientes a que haya lugar y que no he realizado otra solicitud de devolución sobre dicho pago, ni he recibido dinero alguno por este mismo concepto.

Firma
Nombre
Identificación
Teléfono
Correo electrónico