



TASA DE MATRICULACION

COMPROMISO DE PAGO

Por medio de la presente me comprometo a abonar la TASA DE MATRICULACION en el Colegio Profesional de Obstétricas de Catamarca, que asciende a la suma de PESOS.....(\$.000,00).

También me comprometo a abonar el pago de la CUOTA SOCIETARIA que asciende a la suma de PESOS.....(\$.000,00).

(Llenar con número y letra el importe que corresponda de acuerdo a situación de cada colegiada).

San Fernando del valle de Catamarca..... de..... de 20....-

Firma.....

Aclaración.....

DNI.....