



CIUDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Señores**

**COLEGIO COLOMBIANO DE TERAPEUTAS RESPIRATORIOS**

Yo, \_\_\_\_\_ entificado(a)  
con \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ solicito  
la devolución de (valor en letras  
letras) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
por concepto de \_\_\_\_\_ pago realizado en la Cuenta  
N° \_\_\_\_\_ del Banco \_\_\_\_\_ a nombre del  
Colegio Colombiano De Terapeutas Respiratorios .

Por la siguiente razón:

---

---

---

---

---

Al correo [colegio@cctr.co](mailto:colegio@cctr.co), escriba los datos para devolución en caso de aprobación:

- Entidad bancaria:
- Tipo de cuenta:
- N° de cuenta:
- Nombre completo del titular:

Adjuntar los siguientes documentos a la solicitud

A. Recibo de consignación con el sello y/o timbre de la entidad bancaria o comprobante electrónico de la transacción.

B. Documento de identificación del solicitante por ambas caras.

- Nombre del solicitante
- Dirección Teléfono
- Departamento
- Municipio
- Correo electrónico.

En caso tal que la solicitud sea aprobada se realizará una transacción electrónica en los siguientes 15 días hábiles posteriores a la aprobación.

Declaro bajo gravedad de juramento que la información descrita anteriormente es verídica y que es la primera vez que realizó este tipo de solicitud ante el Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios

Firma: \_\_\_\_\_