

Ciudad y Fecha: _____

Yo, _____ identificado con C.C. No. _____

Autorizo al Pagador de la Seccional de _____ para que me sean
descontados los siguientes conceptos, así:

AUTORIZO DESCONTAR PARA APORTES

VALOR APOSITE MENSUAL: _____

PLAZO: **PERMANENTE** **NÓMINA** _____ **DÉBITO BANCARIO** _____**AUTORIZO DESCONTAR PARA AFILIACIÓN**

VALOR AFILIACIÓN: _____

PLAZO EN MESES: _____ **NÓMINA** _____ **DÉBITO BANCARIO** _____

Autorizo a FONDEFIS para que en caso de incumplimiento en las condiciones de pago pactadas, solicite y tramite descuento bancario ante la entidad financiera _____, por el monto equivalente a la cuota mensual pactada por valor de \$ _____, en forma mensual, y a partir del mes de _____ del año _____.

ASOCIADO**PAGADOR** (Firma y Sello)Firma _____
C.C. No. _____

Firma _____

