

Ciudad,

AUTORIZACION DESCUENTO DE AHORRO

Como Asociado autorizo al FONDO DE EMPLEADOS DE CONINSA RAMON H. S.A. deducir de mi salario Quincenal los siguientes valores para mi ahorro.

	Valor	Fecha inicio descuento
Ahorro Navideño	\$ _____	DIA ___ MES ___ AÑO _____
Ahorro a la Vista	\$ _____	DIA ___ MES ___ AÑO _____
Ahorro Infantil	\$ _____	DIA ___ MES ___ AÑO _____
Ahorro Vacacional	\$ _____	DIA ___ MES ___ AÑO _____
Ahorro Programado Vivienda	\$ _____	DIA ___ MES ___ AÑO _____
Ahorro Vivienda	\$ _____	DIA ___ MES ___ AÑO _____

Gracias por su atención.

Nombre Completo
CC.

Firma

Obra o Sede

