

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 ____

Autorizo incrementar el porcentaje de descuento de mis aportes sociales

Aportes sociales 3% ____ 4% ____ 5% ____ 6% ____ 7% ____ 8% ____ 9% ____ 10% ____

Gracias por su atención.

Nombre Completo
CC.

Firma

Obra o sede