

SOLICITUD DE DESCUENTO POR RECIBO DE HABERES

• **Datos personales del Beneficiario** (por favor completar en letra clara)

Fecha:

Apellido Nombre Legajo

Nacionalidad D.N.I. N° Fecha de Nacimiento

Dependencia Email

Autorizo a descontar de mis haberes el importe de: \$.....

Cantidad de cuotas: Importe de cada cuota : \$.....

Nombre del médico Lugar de cirugía

.....
Firma y aclaración del beneficiario