

FORMULARIO AUTORIZACION DE DESCUENTO A JUBILADOS Y PENSIONADOS

Fecha: _____

Nombre (s) y Apellidos del Pensionado _____

Cedula de Identidad y Electoral / Pasaporte _____

No. de Pensionado _____ No. de Pension _____

Direccion (calle, No., Sector, Prov.) _____

Telefono: _____ Estado Civil: Soltero Casado Union Libre

DATOS ACREEDOR (ENTIDAD BENEFICIARIA)

Nombre de la entidad: SEGURO MEDICO PARA MAESTROS RNC: 401-052-662

Direccion (calle, No., Sector, Prov.) C/ SANTIAGO # 705 ZONA UNIVERSITARIA

Telefono: 809-688-6646 EXT. 262 O 230 Representante: LICDO. DIOMEDES BATISTA

Codigo SIGEF: _____

AUTORIZACION DE DESCUENTO

Incluir Descuento

Modificar Descuento

Suspender Descuento

Con la firma del presente formulario autorizo a que se me sea (descontada, modificada o suspendida) de mi pension mensual la suma de RD\$ _____ (_____)
(Monto en letra)

Desde _____ Hasta _____

Tipo de Descuento

Provisional

Permanente

Por concepto de: _____

Firma del Jubilado o Pensionado

Firma del Representante o Acreedor

Anexo: Cedula de Identidad y Electoral / Pasaporte