

AFILIADO ACTIVO

COMPROMISO DE PAGO DE APOORTE Y AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO

A través del presente documento, Yo
identificada(o) con DNI N° _____, con domicilio en _____

_____ en mi condición de AFILIADO al Fondo de Prestaciones Asistenciales y Servicios Funerarios de los trabajadores, Ex Trabajadores y Pensionistas del Seguro Social de Salud - FOPASEF, AUTORIZO a que me descuente mensualmente y en forma indefinida el aporte que me corresponde realizar, del total de mi Remuneración Mensual, así sea de carácter permanente o no incluyendo cualquier incremento que se me otorgue bajo cualquier denominación.

- FOPASEF S/. **150.00**

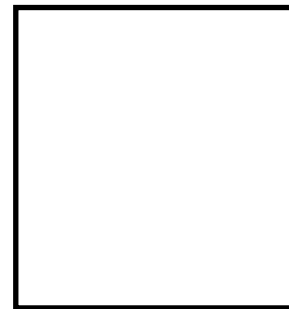
Autorizo, asimismo, al Banco _____ realice el Débito Automático respectivo por la suma que corresponde, de mi Cuenta N° _____ y transfiera ese monto a las cuentas bancarias N° _____ de FOPASEF.

En virtud de lo expuesto y en pleno uso de mis facultades, firmo el presente Compromiso de Pago, en la Ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____. Adjunto copia de mi DNI.

.....

Firma

Código de Planilla N°
(excepcional)



Huella Digital