

BOLETA AHORRO
Escolar

2019



FECHA DE SOLICITUD __-__ / __-__ / __-__

Nombre Completo. _____

No. Empleado. _____ No. Cédula. _____

Señores,
Asoteletica

Por medio de la presente, autorizo la deducción de ¢ _____
por concepto de AHORRO ESCOLAR, dicho monto a rebajar
mensualmente a partir del mes de _____ del año _____.

Firma del asociado

Aprobado VoB/

Importante. Ahorros de renovación automática.

* Fecha de corte / Mes de noviembre 2019 - Fecha de entrega / Mes de enero 2020*

ASOTELETICA