

## 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