



Matricula N° 1693 - registro Nacional de Mutualidades
Calle 3 N° 564 || Tel. / Fax 0221- 427.1709 _ 425.4804
La Plata (1900)

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Socio N°:

Fecha de Inicio:

Por medio de la presente autorizo a las autoridades de **AMOSBA** para que se retenga de mi haber:

La cantidad:.....cuotas, de \$..... cada una.

Empresa:.....

Legajo N°:..... Dependencia:.....

Apellido y Nombre:.....

DNI:

Junto con mi solicitud, dejo expresa conformidad que en caso de desvinculación con mi empleador, autorizo al mismo al descuento en mi liquidación final del saldo adeudado en esta entidad.

Lugar y Fecha

Firma

Aclaración