

Autorización de descuento



Yo, _____ R.U.T.: _____
afiliado(a) a la Asociación de Funcionarios de Salud de la Atención Primaria
de la comuna de San Miguel, autorizo a la Corporación Municipal de San
Miguel para que a contar del mes de _____ del 2025,
descuento mensualmente de mis remuneraciones, la cuota social de
\$ 7.000 para ser cancelado a esta organización gremial.

Además, y solo por el mes de _____ del 202 _____ autorizo el
descuento de la cuota de incorporación correspondiente a \$7.000.

FIRMA

Santiago / /