

SOLICITUD DE DESCUENTO POR RECIBO DE HABERES

• **Datos personales de la persona beneficiaria** (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:

Nombre del profesional Lugar de cirugía

.....
Firma y aclaración de la persona beneficiaria