



AUTORIZACION PARA EL DESCUENTO DE LA CAJA INTERPROFESIONAL DE PREVISION

EL/LA QUE SUSCRIBE LIC.: _____

MATRICULA PROFESIONAL N°: _____ DNI: _____

AUTORIZO AL COLEGIO FISIOKINESICO DE SAN JUAN A DESCONTAR DE MIS LIQUIDACIONES EL APORTE DE LA CAJA INTERPROFESIONAL DE PREVISION SEGUN DETALLO A CONTINUACIÓN:

CUOTA MENSUAL: SI NO

CUOTA ATRASADA: SI NO

En caso de querer que se le descuente más de 1 boleta atrasada por mes aclarar cuantas: _____

EL DESCUENTO SE REALIZARÁ DESDE LA LIQ. N°

PERIODO MES DE: VENCIMIENTO:

SE ACLARA AL PROFESIONAL SOLICITANTE QUE EN CASO DE QUE LA LIQUIDACION NO LLEGASE A CUBRIR DICHOS MONTOS TOTALES, EL DESCUENTO NO SE REALIZARA Y EL PROFESIONAL DEBERÁ REALIZAR EL PAGO CORRESPONDIENTE EN LOS LUGARES DE PAGO DISPUESTO POR LA CAJA INTERPROFESIONAL.