

Lugar y Fecha

AÑO

MES

DIA

Yo

C.C.

autorizo a

(Empresa donde Labora)

A descontar a través de nomina el valor total de

\$

mediante _____ cuotas mensuales, cada una por valor de

\$

Observaciones

Marque el Servicio (s) o Convenio que desea utilizar:

Ópticas

Suscripciones Periódicos y Revistas

Seguros

Boletas para Teatro

Cena de Navidad

Soat

Ahorro Voluntario

Bodytech

Me comprometo a cancelar la totalidad del plan adquirido y en caso de retiro de la asociación autorizo a Asobursatil para que sea descontado de mi ahorro ó prestaciones, el valor no causado del plan.

Otros

Firma del Asociado

Vo.Bo. Y Sello Gerente Administrativo y/o Gestión Humana

Una vez diligenciado el presente formato por favor enviarlo via fax al 321 1583 - 321 1608 en Bogotá

Nota: Por favor tenga en cuenta que los servicios de **Asobursatil** son única y exclusivamente para los asociados y su grupo familiar.