

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

OPTICAS EN CONVENIO

FECHA SOLCITUD: _____

NOMBRE COMPLETO AFILIADO(A): _____

RUT AFILIADO(A) _____

ESTABLECIMIENTO _____ DEPARTAMENTO Y/O UNIDAD _____

NOMBRE DE ÓPTICA EN CONVENIO: _____

MONTO TOTAL LENTES \$ _____ **BONIFICACIÓN BIENESTAR \$** _____

Autorizo al Servicio Bienestar de Servicio de Salud Tarapacá, para que descuente las siguientes cuotas de mis remuneraciones que resulten del cálculo de la diferencia entre el monto total de lentes y bonificación que se aplique como beneficio por parte del de Servicio de Bienestar, el cual que a continuación se detalla:

DIFERENCIA \$ _____ VALOR DE CUOTAS: \$ _____ N° DE CUOTAS _____

RECETA DE LENTES A NOMBRE DE:

➤ AFILIADO (A): _____

➤ CARGA FAMILIAR RECONOCIDA EN PERSONAL (NOMBRE COMPLETO Y RUT):

JEFE DE BIENESTAR

FIRMA FUNCIONARIO(A)