



SERVICIO DE BIENESTAR
SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ



FECHA: _____

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS POR COMPRAS
EN CASAS COMERCIALES, ÓPTICAS, ATENCIÓN EN CLÍNICAS U OTROS.
(DURACIÓN 1 AÑO)**

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

DOMICILIO

CELULAR TELÉFONO LABORAL TELÉFONO CASA

ESTABLECIMIENTO UNIDAD

CARGO QUE DESEMPEÑA

CORREO ELECTRÓNICO

EL AFILIADO O AFILIADA ANTERIORMENTE INDIVIDUALIZADO A VOLUNTAD PROPIA AUTORIZA A BIENESTAR A REALIZAR DESCUENTOS INTERNOS EN SU LIQUIDACIÓN DE SUELDO, PARA LAS DIFERENTES CASAS COMERCIALES CON LAS CUALES EL SERVICIO BIENESTAR MANTIENE CONVENIO. ESTAS OBLIGACIONES SE RESPALDARÁN CON DOS AFILIADOS (AS) CODEUDORES QUE A CONTINUACIÓN SE DETALLAN:

ATENCIÓN CODEUDOR:

Al firmar este documento en condición de codeudor, Usted autoriza al Servicio de Bienestar a descontarle en su liquidación las cuotas adeudadas por el titular, que por cualquier motivo este deje de pagar.

FIRMA COUDEUDOR N° 1

FIRMA COUDEUDOR N° 2

RUT:

RUT:

NOMBRE:

NOMBRE:

UNIDAD:

UNIDAD:

ESTABLECIMIENTO:

ESTABLECIMIENTO

FIRMA JEFATURA BIENESTAR

FIRMA SOLICITANTE