



## Asociación Solidarista de Empleados de Abbott Medical

# SOLICITUD DE AHORRO VOLUNTARIO

### Información General del Asociado Solicitante

Nombre: \_\_\_\_\_

Número Empleado: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha Inicio Ahorro: \_\_\_\_\_

Autorizo a Abbott Medical para que sea deducido de mi salario los siguientes montos correspondientes a ahorros voluntarios con ASOMEDICAL:

#### COLONES

<u>Tipo de Ahorro</u>	<u>Monto Bisemanal</u>
Ahorro a la Vista Colones:	₡ _____
Ahorro Navideño Colones	₡ _____
Ahorro Escolar Colones	₡ _____

El monto mínimo a deducir es de **₡1.000,00 bisemanales**

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Asociado

\_\_\_\_\_  
Fecha de Solicitud

### Uso Administrativo

\_\_\_\_\_  
Registrado por

\_\_\_\_\_  
Fecha de Registro