



AUTORIZACION DE DESCUENTO A LA
CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL

Yo, _____

Grado _____ Institución _____ **FAP** _____ identificado con
NSA _____ D.N.I. _____ Correo _____

Domiciliado en:

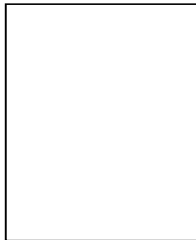
Distrito _____ Teléfono _____

RPM _____

Autorizo al **SERVICIO DE SANIDAD Y FARMACIA FAP**, a efectuar descuentos sobre la pensión mensual que recibo a través de la Caja de Pensiones Militar Policial.

Declaro además tener conocimiento que la Caja podrá gravar hasta un 30% de mi pensión por concepto del descuento, por **Atenciones Médicas y/o Fármacos**, Y que el **SERVICIO DE SANIDAD Y FARMACIA FAP**, es el único responsable del monto del descuento enviado y efectuado por la Caja de Pensiones Militar Policial sobre mi pensión; por lo que cualquier reclamo o consulta la realizaré ante **SERVICIO DE SANIDAD Y FARMACIA FAP**.

Huella Digital





Lima, _____


FIRMA

D.N.I. (NSA) _____

Contacto: Ctas. Ctes. SESAN : José M. Almonte Gómez

 985-321-997

 985-321-997

 SESANDSCTOS@GMAIL.COM