

**AUTORIZACION DE DESCUENTO A LA  
CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL**

Yo,

Grado

Institución

identificado con

CIP

DNI

CE

Domiciliado en

Distrito

Correo

Telf. Fijo

Telf. Cel.

Año de  
retiro

Autorización al **HOSPITAL CENTRAL FAP** a efectuar descuentos sobre la pensión mensual que recibo, por intermedio de la Caja de Pensiones Militar Policial, por la atención hospitalaria y ambulatoria de las cuentas:

- **5404 ATENCION HOSPI**
- **5412 HOSPITAL FAP**

La Caja podrá descontar hasta un máximo de 30% de mi pensión mensual por concepto del citado descuento, siendo el **HOSPITAL CENTRAL FAP**, 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 **EL HOSPITAL CENTRAL FAP**.

Huella Digital

Miraflores,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

DNI (CE):