

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

Yo							
Grado		Institución	FUERZA AEREA DEL PERU	Identificado			
CIP		D.N.I		CE.			
Domiciliado en.							
Distrito							
Correo							
Telf.Fijo		Telf.Cel.		RPM		Año de retiro	

Autorizo 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 **5412 HOSPITAL CENTRAL 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 le realizaré ante **EL HOSPITAL CENTRAL FAP**.

Huella Digital	Miraflores,
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/>
	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto;"/>
	Firma
	D.N.I.(C.E.)