

Autorización de deducción pago Dental Integral CR

Datos del Solicitante

Nombre: _____.

N° Cédula: _____ . Ubicación: **UP1** **UP2**

N° de empleado: _____ . Correo EntServ _____.

Dirección Habitación: _____.

Celular: _____ . Teléfono Hab: _____.

Plazo de Financiamiento: _____ meses.

Tratamiento Dental	
Odontología General <input type="checkbox"/>	Odontología Especialidad <input type="checkbox"/>
	Total:

Acepto y solicito que en caso de dejar de ser miembro de la Asociación Solidarista de Empleados de EntServ Costa Rica Limitada y Afines por cualquier circunstancia, sea deducido el saldo adeudado de mi salario y/o liquidación que devengaré en la empresa ENTSEV COSTA RICA LIMITADA Y ENT. SERVICES CENTROAMERICA CAC, así como ahorros personales, dividendos, y aportes extraordinarios acumulados en la asociación. Por este medio y considerando que mis obligaciones corresponden a la Asociación Solidarista de Empleados de EntServ Costa Rica Limitada y Afines y a deudas producto de mi relación laboral, libero de toda responsabilidad derivada de la ejecución de mi solicitud a la empresa ENTSEV COSTA RICA LIMITADA Y ENT. SERVICES CENTROAMERICA CAC., ya que ésta siguiendo mi mandato expreso y libre.

Firma Autorización

Asociación Solidarista de Empleados de EntServ Costa Rica Limitada y Afines
"Prosperidad con Innovación, Integridad y compromiso"