

CIRUGIA EXCIMER LASER

Este formulario es de uso exclusivo de Oficina de Personal

Fecha:/...../.....

DATOS DEL COLABORADOR:

Nombre y Apellido:

Legajo:

D.N.I.:

Nro. Socio (Prepago):

DATOS DE QUIEN SE REALIZARA LA CIRUGIA:

Nombre y Apellido:

Parentesco:

D.N.I.:

Nro. Socio: (Prepago):

Por medio de la presente autorizo a **Swiss Medical S.A. (o nombre de la empresa a la que pertenece)** realice el descuento de haberes de mi recibo de sueldo por la suma de **\$ xxx (xxxx)**, en **12 (doce)** cuotas iguales y consecutivas de **\$ xxx (xxxx)** en concepto de pago de honorarios de la CIRUGIA EXCIMER LASER.

Del mismo modo, si dentro del plazo de pago de la prestación, no formara parte del personal en relación de dependencia de Swiss Medical S.A., dejo expresa autorización se realice el descuento de lo adeudado de mi liquidación final.

Si el monto de la misma no fuera suficiente, considérese este documento como un compromiso de pago.

No teniendo que reclamar nada más por ningún concepto,

Firma, aclaración, DNI, legajo