

CIUDAD

FECHA

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Me permito autorizar al **FONDO DE EMPLEADOS FONDEXXOM** para que a partir de la fecha efectúe de forma mensual, a través del sistema de débito automático, el descuento del valor de mis obligaciones contraídas con esta entidad, para lo cual relaciono a continuación los datos pertinentes:

NOMBRE COMPLETO	
CÉDULA	
ENTIDAD FINANCIERA	
TIPO DE CUENTA	<input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS
NÚMERO DE CUENTA	
FECHA DEL DÉBITO AUTOMÁTICO	<input type="checkbox"/> Entre el 15 y 16 c/mes <input type="checkbox"/> Entre el 26 y 28 c/mes
CELULAR	
CORREO ELECTRÓNICO	

***DECLARO CONOCER EL REGLAMENTO DE PAGOS POR CAJA PARA ASOCIADOS ESPECIALES.**

ASOCIADOS ESPECIALES


