



SERVICIO DE BIENESTAR

IQUIQUE.....

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

OPTICAS EN CONVENIO

NOMBRE IMPONENTE:RUT.....

ÓPTICA:.....

MONTO DE LENTE \$

BONIFICACIÓN DE LENTE \$.....

Autorizo al Servicio Bienestar Servicio de Salud, para que se descuente las siguientes cuotas de mis remuneraciones a la diferencia entre el monto y bonificación del lente.

DIFERENCIA \$..... VALOR DE CUOTAS: \$..... Nº DE CUOTAS.....

RECETA A NOMBRE DE:

- IMPONENTE:
- CARGA FAMILIAR:
- PARENTESCO:

JEFE DE BIENESTAR

FIRMA DE FUNCIONARIO