



MUTUAL NACIONAL DE FUNCIONARIOS
DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
Personería Jurídica según Decreto N° 11.292 de fecha 23 de Noviembre de 2.000

Dirección: Av. Brasil N° 999 esq. Tte. Fariña, Asunción.
Tel.: (021) 223724/5.
Email: info@mutualmsp.org.py

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO

Autorizo suficientemente a la **Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social**, a tramitar ante la **Dirección Financiera-DGAF** del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el descuento de mis haberes, importes para el pago de mi obligación que se detallan en el presente documento, en el concepto de compra de bien (es) y/o servicios.

Igualmente autorizo suficiente e irrevocablemente a la **Dirección Financiera-DGAF** del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a descontar mensualmente de mis haberes, el importe solicitado por la **Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social**, y a su favor en los conceptos mencionados precedentemente conforme con las cuotas que se indican en el presente, así como su acreditación en la cuenta N°, habilitada por la **Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social**, en el Banco

Declaro conocer y aceptar que todo reclamo, aclaración o quejas relativas a los importes descontados a solicitud de la Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, deberán ser planteadas ante la misma, eximiendo expresamente a la Dirección Financiera-DGAF del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de toda responsabilidad respecto a los importes descontados, origen o causas y su exactitud.

ENTIDAD: Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Importe Total:.....

Nombre(s) Apellido(s):..... C.I.C N°

Dependencia Laboral:..... Teléfono/Cel.:.....

Firma:.....

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

V° B° de la Entidad

FIRMA Y SELLO