



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

AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO

Por medio del presente documento, Yo.....
....., con Cédula de Identidad N°.....
Funcionario permanente y/o Contratado del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , autorizo suficiente e irrevocablemente al Departamento de Giraduría de Sueldos, a que proceda al descuento de mis remuneraciones básicas, el monto para el pago de las cuotas de mis obligaciones societarias y pago de las cuotas de los préstamos que me fueron otorgados y en consecuencia transfiera a la Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, conforme a la planilla presentada a la Giraduría por esta entidad Mutual.

Nombre y Apellido:_____

Firma:_____ **C.I.:**_____

Dependencia:_____

Teléfono N°:_____ **Teléfono Móvil N°**_____