



AUTORIZACIÓN DEPÓSITO A TERCEROS

 **Sres.** _____
Mutualidad CFIA
Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos de Costa Rica.
Subsidio Plan Salud


Por medio de la presente yo _____ con cédula de identidad número _____ colegiado (a) al CFIA, con el carnet número _____, Solicito y autorizo por favor se realice el reintegro de mi Subsidio Plan Salud a la siguiente persona.

 **Nombre** _____

Cédula de identidad número _____

Nombre del banco para depositar _____

Número de Cuenta IBAN _____

 **Motivo** _____

No poseo cuentas dentro del sistema financiero costarricense.

Mis cuentas en este momento se encuentran bloqueadas.

Hago constar que la información suministrada es correcta, y asumo la responsabilidad por cualquier inconsistencia de esta.

Firma del colegiado _____

Teléfono _____

