



FECHA

Señores

Mutualidad CFIA

Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos de Costa Rica.

Subsidio Plan Salud

Por medio de la presente, yo, _____, con documento de identidad número _____, persona colegiada al CFIA con número de carné _____, autorizo que el reintegro correspondiente al Subsidio Plan Salud sea depositado a favor de la siguiente persona:

♥ Información Personal

Nombre completo:

Documento de identidad número:

♥ Información Bancaria

Banco para depositar:

Número de Cuenta IBAN:

♥ Motivo

- ☐ No poseo cuentas dentro del sistema financiero costarricense.
- ☐ Mis cuentas en este momento se encuentran bloqueadas.
- ☐ Otro (indicar el motivo):

Al suscribir este documento, autorizo de forma irrevocable a Mutualidad CFIA a transferir los fondos al tercero y cuenta destino indicados.

Declaro que la información suministrada es exacta, asumo total responsabilidad por cualquier error en los datos digitados y acepto la imposibilidad de revertir los fondos una vez procesados.

Firma del colegiado(a):

Teléfono: