

**AUTORIZACION DE DESCUENTOS A LA
CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL**

Yo :

Grado Fuerza En Situación de

Identificado con CIP. D.N.I. (CE)

Domiciliado en

Distrito con Teléfono

Autorizo a ADOFAIP, efectuar el descuento por concepto de Cuota de Asociado sobre mi pensión mensual que percibo a través de la Caja de Pensiones Militar Policial.

Asimismo, mediante el presente documento se deja constancia que la ADOFAIP, será la única responsable del monto de descuento enviado y efectuado por la Caja de Pensiones Militar Policial sobre mi pensión; por lo que cualquier reclamo ó consulta la realizaré ante ADOFAIP.

Lima, de 20.....

.....
FIRMA

D.N.I. (CE)

Huella Digital

