



ADOFAIP

**ASOCIACION DE OFICIALES DE LAS FUERZAS ARMADAS  
Y POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ**

Av.San Felipe 379, Jesús María  
www.adofaip.pe

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A LA  
CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL**

Yo, \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Fuerza \_\_\_\_\_ En situación \_\_\_\_\_

Identificado con CIP \_\_\_\_\_ DNI(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 o consulta la realizaré ante la **ADOFAIP**.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

DNI (CE) \_\_\_\_\_

Huella Digital

