

**AUTORIZACION PARA EL DESCUENTO DE LA REMUNERACION**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

YO, ………………………………………… con CI: ………………….. Autorizo libre y voluntariamente al Banco del Austro S.A. a descontar de mi remuneración el valor de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) en 12 pagos mensuales, por concepto de ASISTENCIA DENTAL PLUS, a través de mi rol de pagos.

En caso de desvincularme del Banco del Austro antes de realizar el pago del valor correspondiente, autorizo para que se descuente los valores pendientes de mi liquidación de haberes u otros beneficios que me correspondan, o de mi cuenta de ahorros, o cualquier

otra cuenta que tenga, o pudiera tener en el Banco del Austro S.A.

**f.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CI. CODIGO:**