HOSPITAL CENTRAL FAP

Excelencia a su servicio

# AUTORIZACION DE DESCUENTO A LA CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL

Yo. _____

Grado _____ Institución **FUERZA AEREA DEL PERU** Identificado con

NSA _____ DNI _____

Domiciliado en _____

Distrito _____

Correo _____

Telf. Fijo _____ Telf. Cel. _____ Año de retiro _____

---

Autorizo al **HOSPITAL CENTRAL FAP** a efectuar descuentos de la pensión mensual que percibo, por intermedio de la Caja de Pensiones Militar-Policial, para amortizar la deuda que mantenga, por la atención hospitalaria y/o ambulatoria de mis derechohabientes o como garante mediante las cuentas:

- **5404 ATENCION HOSPI**
- **5412 HOSPITAL FAP**

La Caja de Pensiones Militar-Policial podrá descontar de mi pensión mensual, de acuerdo a lo establecido en el Decreto Supremo N° 010-2014-EF de fecha 15-01-2014, siendo el **HOSPITAL CENTRAL FAP** el único responsable del monto del descuento enviado y efectuado por la Caja de Pensiones Militar-Policial; por lo tanto, cualquier reclamo o consulta lo realizaré ante el **HOSPITAL CENTRAL FAP**.

La autorización otorgada no podrá ser revocada sin una constancia emitida por el **HOSPITAL CENTRAL FAP**, que certifique la inexistencia de deudas pendientes de pago o haberse suscrito el compromiso correspondiente como garante.

Huella Digital

Miraflores, _____

_____

Firma

DNI: