

AUTORIZACIÓN

Yo, _____ Médico con colegiación No. _____ y pensionado del Colegio Médico de Honduras, **AUTORIZO**, para que se me deduzca mensualmente de mi Pensión la cantidad de Lps. _____ valor que deberá ser distribuído de la siguiente manera:

1. Cuota Mensual a la Asociación Lps. : _____
2. Cuota Auxilio Mutuo Personal Lps. : _____
3. Cuota Auxilio Mutuo Esposa Lps. : _____

Total de Deducciones Lps. : _____

Esta deducción mensual deberá ser entregada por los miembros ya establecidos a la Asociación de Médicos Pensionados del Colegio Médico de Honduras.

Atentamente,

Firma y Sello

Lugar y Fecha _____