



AFILIACIÓN AHORRO ESCOLAR

Boleta de Afiliación

Fecha: _____	Asociado N° _____
--------------	-------------------

Yo _____ Cédula _____

Autorizo a _____ para que deduzca de forma quincenal el
monto de ¢ _____ (_____)

Correspondiente al Ahorro Escolar administrado por ASOPINMSA.

Firma Asociado