



## AFILIACIÓN AHORRO NAVIDEÑO

### Boleta de Afiliación

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

Yo \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_

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

Correspondiente al Ahorro Navideño administrado por ASOPINMSA.

---

Firma Asociado