



AFILIACIÓN AHORRO VOLUNTARIO

Boleta de Afiliación

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

Yo _____ Cédula _____

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

Correspondiente al Ahorro a la Vista por ASOPINMSA.

Firma Asociado