



Cooperativa Mixta de Pedagogos de Honduras "Ltda" (COMIPEL)

Colonia Residencial Quezada, Bloque #5 casa 1223 calle principal, Tegucigalpa, M.D.C, Honduras, C.A

Telefax: 2239-9321 Tel.:22133517

AUTORIZACIÓN

YO _____ con identidad _____

Carnet de afiliación N° _____ Por este medio **AUTORIZO** a la **COOPERATIVA MIXTA DE PEDAGOGOS DE HONDURAS LIMITADA (COMIPEL)**, para que se me deduzca la cantidad mensual de L _____, (_____), por conceptos de:

COMIPEL:

Aportación L _____, Ahorro Retirable L _____, Ahorro Navideño L _____,
Prestamos L _____, Seguro de Vida L _____

COLPEDAGOGOSH:

Cuota Profesional L _____, Fondo Social L _____, Seguro de Vida L _____,
Prestamos L _____, Seguro Médico L _____, Seguro de Padres L _____,
otros L _____.

Centro de Trabajo

Dirección del trabajo

Domicilio

Tel. celular _____ Correo Electrónico _____

Municipio _____ Departamento _____

Día

Mes

Año

Firma: _____

Huella

