

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

OFICINA PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

Yo,

Grado FOSEPFAP identificado con NSA.....

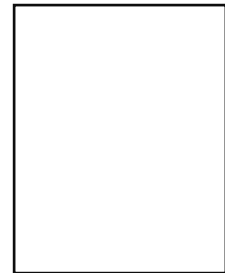
D.N.I..... Domiciliado en

.....Distrito.....Departamento.....

Teléfonos de contacto/...../.....

Correo electrónico.....

Autorizo al FONDO DE SEPELIO DE LA FAP efectuar descuentos sobre la pensión mensual que percibo a través de la DIGEPREV.



FIRMA

Lima, de 202