

## Autorización de Descuento de Nómina

Para beneficiar a los usuarios de Internet, imprima esta solicitud y envíela por correo o fax a la sucursal de su preferencia.

Dirección Postal  
PO BOX 1865  
Arecibo PR 00613-1865

Sucursal Oficina Central	Fax: 787-650-0103
Sucursal Santana	Fax: 787-881-2720
Sucursal 65th Infantería	Fax: 787-257-0955
Sucursal Ave. Domenech	Fax: 787-751-0132
Sucursal Bayamón	Fax: 787-474-2674

Señores: De conformidad con las Leyes establecidas en Puerto Rico por la presente autorizo para que, comenzando con la Nómina correspondiente al período de \_\_\_\_\_ el Oficial de Nómina de \_\_\_\_\_ descuenta mi sueldo, la cantidad de \$ \_\_\_\_\_

dólares  Semanal  Mensual  Quincenal, para ser aplicada a mis cuentas en la Cooperativa de Ahorro y Crédito Dr. Manuel Zeno Gandía.

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

Número de Empleado: \_\_\_\_\_

### DESGLOSE DEL DESCUENTO

Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad
Acciones	_____	\$ _____
Ahorros	_____	\$ _____
Christmas Club	_____	\$ _____
Préstamo 1	_____	\$ _____
Préstamo 2	_____	\$ _____
Préstamo 3	_____	\$ _____
Préstamo 4	_____	\$ _____
Otro (especifique)	_____	\$ _____
	Total ----->	\$ _____

La presente autorización invalida cualquier autorización de descuento hecha previamente por mí. Entiendo que la Cooperativa facturará al Oficial de Nóminas por los compromisos por mí contraídos y cualquier alegación sobre los mismos la haré directamente con la Cooperativa Dr. Manuel Zeno Gandía.

Reconozco que en caso de cualquier retraso en el envío del descuento o cualquier otro tipo de problema con relación al mismo, no se me eximirá de la gestión de cobro pertinente y que será mi obligación estar pendiente de que eso no llegue a suceder.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### Para Uso Exclusivo de la Cooperativa

Recibido por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Procesado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_