

**SOLICITUD DE AHORROS/INCREMENTOS
AUTORIZACIÓN DE DÉBITO**

NO. 001

Yo,C.C.#.....

Autorizo de manera libre y voluntaria, que este descuento se realice a través del rol de pagos de la empresa donde laboro, Cooperativa, Distribuidora Farmacéutica Ecuatoriana Difare S.A. y sus relacionadas; valores que serán acreditados a mi cuenta de ahorros que mantengo en la Cooperativa de Ahorro y Crédito Grupo Difare, la cantidad de USD\$.....(en letras)

.....DOLARES

(escribir en números y letras).

AHORROS A LA VISTA/INCREMENTO \$ _____

AHORROS DÉCIMOS

OTROS

AHORROS F/RESERVAS 6 M

AHORRO SEGURO/ VEHÍCULO \$ _____

AHORROS F/RESERVAS 18 MESES

AHORROS FONDO CESANTÍA \$ _____

Laboro en la Empresa:.....

Este descuento que se lo realizaría a partir de..... y se mantendrá de manera indefinida.

Guayaquil,

OBSEVACIONES:.....

FIRMA DEL SOCIO
C.C.:.....

COOPERATIVA