





Feliz Navidad 2020

Vigencia de inscripciones
hasta el 31 de Octubre 2020.

LIMA
SOLICITA TU GIFT CARD
+01 VALE DE PAVO









SOLICITUD DE AHORRO NAVIDEÑO - LIMA

APELLIDOS Y NOMBRES:

DNI		CODOFIN	
TELÉFONO		CELULAR	

SOLICITA:	CANTIDAD	MONTO
TARJETA GIFT CARD VALOR S/. 160.00		
VALE DE PAVO 7 KILOS VALOR S/. 65.00		
VALOR TOTAL S/.		

FIRMA:

NOTA: Estimado socio, usted al firmar esta solicitud de Ahorro Navideño 2020, se compromete a que se le descuenta el VALOR TOTAL solicitado, entre el número de cuotas fijas según el mes de inscripción que se detalla en el cuadro anexo hasta Diciembre 2020.

MES DE INSCRIPCIÓN 2020	MES DE DESCUENTO 2020	FIN DE DESCUENTO 2020	Nº DE CUOTAS
ENERO	FEBRERO	DICIEMBRE 2020	11 MESES
FEBRERO	MARZO	DICIEMBRE 2020	10 MESES
MARZO	ABRIL	DICIEMBRE 2020	9 MESES
ABRIL	MAYO	DICIEMBRE 2020	8 MESES
MAYO	JUNIO	DICIEMBRE 2020	7 MESES
JUNIO	JULIO	DICIEMBRE 2020	6 MESES
JULIO	AGOSTO	DICIEMBRE 2020	5 MESES
AGOSTO	SEPTIEMBRE	DICIEMBRE 2020	4 MESES
SEPTIEMBRE	OCTUBRE	DICIEMBRE 2020	3 MESES
OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE 2020	2 MESES



29 de Agosto

DE LA PNP LTDA.

¡Siempre con el mejor Servicio!

AUTORIZACION DE DESCUENTOS

Yo, en
situación de Identificado (a) con DNI
CIP, CODOFIN, con domicilio en
.....
Celular....., email:, **AUTORIZO DE
MANERA EXPRESA y VOLUNTARIA a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO "29 DE
AGOSTO DE LA PNP" LTDA.** para que proceda a gestionar ante la División de
Promoción, Nombramiento, Incentivos, Beneficios y Producción de Planillas
DIRREHUM-PNP, los descuentos en mi planilla única de pago de haberes o pensiones,
según corresponda:

MONTO POR APOORTE DE ASOCIADO: _____

PRESTAMO () VENTA/ADQUISICIÓN () SERVICIO ()

DETALLE: _____

MONTO DE LA CUOTA: _____ NUMERO DE CUOTAS: _____

La Presente autorización es válida SOLO POR EL MONTO AUTORIZADO. En caso
de no tener capacidad de descuento, el pago lo haré en efectivo directamente a la
entidad.

Lima, de de 20



V° B°
Representante
Legal

HUELLA DIGITAL



COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO
29 de Agosto
DE LA PNP LTDA.
¡Siempre con el mejor Servicio!

AUTORIZACION DE DESCUENTO A LA
CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL

Yo.....

Grado Fuerza: **PNP** identificado con CIP:

D.N.I: C.E: Domiciliado en:

.....

Distrito: Teléfonos:

Correo electrónico.....

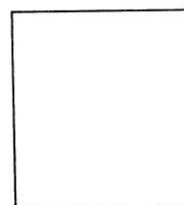
Autorizo a la **COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO 29 DE AGOSTO DE LA PNP LTDA.** efectuar descuentos sobre la pensión mensual que percibo a través de la Caja de Pensiones Militar Policial.

Declaro además tener conocimiento que La Caja podrá gravar hasta un 30% mi pensión por concepto del descuento autorizado y que la **COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO 29 DE AGOSTO DE LA PNP LTDA.** es el único responsable del monto del descuento enviado y efectuado por la Caja de Pensiones Militar Policial sobre mi pensión; por lo que cualquier reclamo o consulta la realizaré ante la **COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO 29 DE AGOSTO DE LA PNP LTDA.**

Lima, _____ de _____ 20____

.....
Firma

D.N.I.:



HUELLA DIGITAL