



FEDERACION MEDICA PERUANA



SOLICITO: Descuento de Cotización Gremial por Planilla Única de Pagos.

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL / INSTITUTO / DISA _____

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRES Y APELLIDOS:.....	
DOMICILIO.....	TELÉFONO.....
REG. COLEGIO MEDICO N°.....	
Centro Laboral.....	

I. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD

Que, al amparo a lo dispuesto por el Artículo 46.1 de la Ley N° 27209 (1) – Ley de Gestión Presupuestaria y Artículo 2° del Decreto Supremo N° 114-2002-PCM (2), AUTORIZO en forma expresa que el descuento del monto equivalente al 1% de mi Remuneración mensual total que percibo como Médico Nivel 1 de la Carrera Médica por cotización gremial a la Federación Médica Peruana.

POR LO EXPUESTO:

Dígnese proceder conforme a lo solicitado.

FIRMA

Nombre:
DNI N°