



FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN
AUXILIO DE LENTES Y MONTURAS 2021

GB.FR01

VERSION 1

FECHA: _____

LUGAR: _____

YO _____ CON CC _____

Autorizo al **FONDO DE EMPLEADOS DE POLLOS BUCANERO**, para que realice la aplicación del auxilio de lentes y monturas, por valor de **\$50.000**, y sea depositado en mi cuenta bancaria de nómina.

NOMBRE DE LA ÓPTICA: _____

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD	PARENTESCO
_____	_____	_____	_____

IMPORTANTE:

***Para acceder al auxilio de lentes y monturas que ofrece FONDEBUCANERO el asociado debe tener una antigüedad mínima de (8) meses en el Fondo de Empleados.**

***Para su aprobación, favor anexar la Factura de pago, cuya fecha de expedición no debe ser superior a (30) días y deberá estar a nombre del asociado y/o cualquier miembro de su grupo familiar primario (Padres, Conyuge e Hijos).**

***Tenga presente que se tendrán en cuenta aquellas facturas expedidas a partir del 26 de abril de 2021.**

***Cada asociado podrá solicitar este auxilio (1) vez en el presente año.**

válido hasta agotar recursos

FIRMA DEL ASOCIADO:

ÁREA: _____

NÚMERO CELULAR: _____

EMAIL: _____

C.C.