



Tu opción de ahorro extraordinario a la vista

**ASOCIACIÓN SOLIDARISTA DE EMPLEADOS
GBM DE C.R. S.A Y COMPAÑÍAS AFINES
SOLICITUD DE INCLUSIÓN AHORRO A LA VISTA**

Fecha de envío de la solicitud: _____

Yo _____ ID No. _____

autorizo la deducción mensual en forma voluntaria de ₡ _____

(_____) de mi salario con el fin de realizar el Ahorro

a la vista bajo la custodia de ASEGBM y Afines.

Firma _____ N° Cédula: _____.

Acuerdo entre las partes

En acuerdo de las partes y entendidos los alcances y restricciones me doy por entendido y acepto las condiciones indicadas en el Reglamento Oficial de ASEGBM tus objetivos.