

AUTORIZACION DE DEPOSITO EN CUENTA

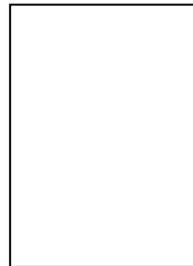
Yo, _____, titular de la cédula de identidad N° _____, por medio de la presente autorizo al MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD; para que me depositen en mi cuenta N° _____, del Banco _____, las cantidades de dinero que me correspondan, producto de mi relación laboral.

En _____, a los ____ días del mes de _____ del 2017.

Firma



Pulgar Izquierdo



Pulgar Derecho

“Vigilando la Salud de Todas y Todos”

Paseo Meneses, Edif. ISP, Piso 1, Ofic. Dirección de Investigación y Docencia: Teléfono: 0285-6320110 Ext.62059

www.isp.gov.ve