

 Fodelsa Más que un Fondo, tu Familia	FONDO DE EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL SECTOR SALUD DE ANTIOQUIA	CODIGO: M2 F16
		VERSIÓN: 6
	FORMATO SOLICITUD AHORRO VOLUNTARIO	

FECHA DE LA SOLICITUD		
DIA	MES	AÑO

AGENCIA	
PRINCIPAL	
APARTADO	

ASUNTO	
APERTURA	
DESCUENTO NOMINA	

Asunto: Apertura y/o descuento de Ahorro.

Yo _____ identificado con la cédula de ciudadanía No. _____ asociado al Fondo, solicito la apertura y/o descuento de Ahorro voluntario mensual, así:

Modalidad de Ahorro
 ☐ Navideño \$ _____
 ☐ Ahorro a la vista \$ _____
☐ Familiar \$ _____
☐ Ahorro Vivienda \$ _____
☐ Ahorro Infantil \$ _____

Forma de Pago
 Nomina ☐
 Taquilla ☐
 Débito Automático ☐
 (Ahorro a la vista)

Firma Asociado: _____

Entidad: _____

Municipio: _____