



FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL  
SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS POR SERVICIOS DE CONVENIO**

Ciudad: \_\_\_\_\_

Nombre del Asociado: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empresa donde labora: \_\_\_\_\_ Ingresos: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL CONVENIO**

Servicio: \_\_\_\_\_ Valor del servicio/producto: \$ \_\_\_\_\_

Cantidad solicitada: \_\_\_\_\_ Valor total del servicio adquirido: \$ \_\_\_\_\_

Para pagarlo en \_\_\_\_\_ cuotas mensuales\*.

*\*Aplica solo para convenios de adquisición de servicios por única vez. Máximo 3 meses para pago, si la cantidad solicitada es mayor a 3. Como beneficio para nuestros asociados, no se les cobrará intereses.*

El pago se realizará de acuerdo a las condiciones establecidas de cada convenio. Los convenios a los que no se les aplica cuota mensual pactada, se estudiarán de acuerdo a la capacidad de endeudamiento del asociado.

**AVISO DE PRIVACIDAD:** Con la firma de este documento se autoriza a FEBIFAM para que verifique la información consignada en el mismo y efectúe los procedimientos establecidos en su reglamento de crédito, así como también utilice la misma para su gestión comercial.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEUDOR  
C.C.

**PARA USO EXCLUSIVO DE FEBIFAM**

Fecha de recibido: DD/MM/AAAA

Fecha de entrega: DD/MM/AAAA

Responsable: \_\_\_\_\_

Forma de pago: Descuento \_\_\_\_ Otros medios de pago: \_\_\_\_ Soporte: \_\_\_\_\_