

# AUTORIZACIÓN DEPÓSITO A TERCEROS



Sres. \_\_\_\_\_  
**Mutualidad CFIA**  
**Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos de Costa Rica.**  
**Subsidio Plan Salud**

Por medio de la presente yo \_\_\_\_\_ con cédula de identidad número \_\_\_\_\_ colegiado (a) al CFIA, con el carnet número \_\_\_\_\_, Solicito y autorizo por favor se realice el reintegro de mi Subsidio Plan Salud a la siguiente persona.



**Nombre** \_\_\_\_\_

**Cédula de identidad número** \_\_\_\_\_

**Nombre del banco para depositar** \_\_\_\_\_

**Número de Cuenta IBAN** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Motivo** \_\_\_\_\_

- No poseo cuentas dentro del sistema financiero costarricense.
- Mis cuentas en este momento se encuentran bloqueadas.

Hago constar que la información suministrada es correcta, y asumo la responsabilidad por cualquier inconsistencia de esta.

Firma del colegiado \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

