



IAFAS-FOSFAP

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

Yo, Grado:

Identificado con el NSA: DNI: UNIDAD:

Domiciliado en:

Cel / Telf: Correo electrónico:

Autorizo a la IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú a efectuar los trámites correspondientes para que se realicen los descuentos acordados de mi Remuneración o Pensión, por intermedio del SINFA, DIGEPREV (OPREFA) o CAMIP según corresponda, por concepto de aportes a los Planes Complementarios de los cuales me encuentro inscrito.

54-01 Aporte Padres (Plan de Salud y Plan Oncológico)

54-02 Copago por atenciones Extra – FAP LIMA (Salud)

54-05 Copago por atenciones Extra – FAP PROVINCIA (Salud)

54-08 Aporte Plan de Salud Complementario Oncológico Familiar

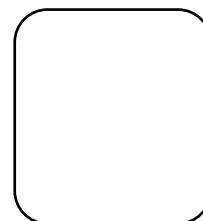
54-09 Aporte Plan de Salud Complementario Familiar

54-10 Copago atenciones de Padres (Plan Oncológico)

54-11 Copago de atenciones de Plan de Salud Complementario Oncológico Familiar

Lima, de del 20.....

Firma del Titular



Huella Digital