FICHA DE DESAFILIACIÓN DEL PLAN DE SALUD SEGUNDA CAPA

Yo, ... Grado .....

Situación ..... CIP ..... DNI..... Dependencia.....

Domiciliado en: .....

Telf. Casa: ..... Telf. Trabajo ..... Anexo ..... Cel.....

Correo electrónico.....

Deseo que los inscritos en el Plan de Salud Segunda Capa que a continuación indico sean desafiliados del mismo, por lo que autorizo a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú a realizar los trámites necesarios para que se me exceptúe de los descuentos mensuales correspondientes, teniendo conocimiento que no tengo derecho a solicitar la devolución de las aportaciones realizadas.

Bellavista, ……..de …….. del 20…..

APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	N° DNI

_____
Atendido por

.....
Firma del Titular