



# FORMULARIO DE SISTEMA PAR

## AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE SERVICIOS PÚBLICOS

Fecha: \_\_\_\_\_

### Datos de la persona afiliada:

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Número documento de identidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Servicios Públicos solicitados:** Por favor completar la información detallada de cada uno de los servicios públicos que desea autorizar. Marque con una "X" si desea INCLUIR o EXCLUIR el recibo.

TIPO SERVICIO	ENTIDAD	N° CONTRATO	NOMBRE SUSCRIPTOR	INCLUIR	EXCLUIR
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Condiciones Generales:

- I. Autorizo a la Junta Administradora del Fondo de Ahorro y Préstamo de la UCR para que debite mensualmente de mi cuenta de ahorro \_\_\_\_\_ (Flor de un Día, Depósitos Automáticos de Salarios) los servicios públicos incluidos.
- II. En caso que a la fecha del vencimiento del servicio público no existan fondos para la ejecución del débito a mi cuenta, eximo a la JAFAP de toda responsabilidad.
- III. Esta boleta se debe completar para toda solicitud de inclusión y/o exclusión de los servicios públicos. En caso de las inclusiones son adicionales a los servicios registrados anteriormente.
- IV. Estos cobros rigen a partir del mes siguiente según su fecha de solicitud.

*Firma de la persona afiliada*

*Recibido por JAFAP, Sello y Firma*