



MUPIM

Mutualidad del Personal de Intendencias Militares

OPCION FORMA DE PAGO/LUGAR DE PAGO

..... de de 20.....

Arma	Identificador	N° de Asociado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titular: Apellidos	Nombres	N° de Adherido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lugar de Pago Seleccionado (*)		
<input type="text"/>		

*(Indicar denominación de la Unidad Operativa))



FORMA DE PAGO SELECCIONADA

SELECCIONAR CON X LO QUE CORRESPONDA

- Caja de Ahorro Mutual
- Caja de Ahorro Mutual – Giro
- Caja de Ahorro Banco Patagonia
- Caja de Ahorro Banco Santander

Por el presente, autorizo a la Mutualidad del Personal de Intendencias Militares a depositar mensualmente mis haberes en la "Forma de Pago" seleccionada.

.....
Firma Responsable Unidad Operativa

.....
Firma Asociado