



FONDO DE EMPLEADOS DE LA SALUD DEL HUILA
"FONSAUDH"
NIT. 800.131.939-4

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN Y RETIRO DE AHORROS

Fecha: _____

SEÑORES

FONDO DE EMPLEADOS DE LA SALUD DEL HUILA – FONSAUDH
NEIVA – HUILA

Solicito comedidamente devolución de cuota desconectada de más en el (los): _____

_____ Crédito en el mes de _____ por \$ _____

_____ Aportes en el mes de _____ por \$ _____

Anexo: Fotocopia desprendible de pago correspondiente.

Solicito retiro de mis ahorros

_____ Fondisaludh por valor de \$ _____

_____ CDAT por valor de \$ _____

_____ Vacacional por valor de \$ _____

CUENTA BANCARIA		
ENTIDAD BANCARIA		
TIPO CUENTA	AHORRO	<input type="checkbox"/>
	CORRIENTE	<input type="checkbox"/>
No. CUENTA		

NOMBRE Y APELLIDO ASOCIADO: _____

CEDULA No. _____

TELÉFONO FIJO: _____ CELULAR: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____

E-MAIL: _____

EMPRESA DONDE LABORA EL ASOCIADO _____

Firma Asociado