

Lugar y fecha: _____

Señores:

GENDARMERÍA NACIONAL ARGENTINA

Por la presente, el/la que abajo suscribe:

Registrado/a en esta Institución bajo el Código de Ret./Pen. N° _____ irrevocablemente autorizo e instruyo a ustedes a fin que procedan a descontar de mis haberes mensuales la suma de \$ _____ (pesos _____) en forma permanente y consecutiva en concepto de **Cuota Social** || **Adicional (FAROP)** . El importe descontado deberá ser acreditado por ustedes en la cuenta que indique la ASOCIACIÓN MUTUAL FRONTERAS ARGENTINAS.

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI