



Formulario de Afiliación ASDECITI Soñadores

Fecha: _____

Datos del ahijado(s) que desea afiliar (hijos, nietos, sobrinos, otros)						
Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Cédula	Fecha de nacimiento	Correo Electrónico

Monto mensual que desea ahorrar por cada ahijado que afilie a ASDECITI Soñadores:

₡ 2,500 ₡ 4,000 ₡ 6,000 ₡ 8,000 ₡ 10,000

Indicar otro monto menor a ₡10,000: _____

IMPORTANTE:

- Para cada ahijado que afilie el monto mínimo ₡ 2,500 y el monto máximo del ahorro ₡10,000
- Considere que el Padrino o Madrina aportará del monto afiliado el 50% del ahorro al ahijado (ej. Si usted marcó: ₡10.000: ₡5.000 el ahijado + ₡5.000 el padrino= ₡10.000)
- El ahorro autorizado para cada ahijado será deducido de la planilla de Citi

Autorización deducción de planilla

Yo _____ cédula de identidad número _____, por este medio solicito la afiliación de los ahijados a ASDECITI SOÑADORES; además, autorizo a la empresa y a ASDECITI deducir de mi salario el aporte indicado para el ahorro de los mismos.

Teléfono Celular: _____ Correo electrónico: _____

Cotiza a partir de: _____ Firma del asociado: _____

Si tu ahijado tiene un hobby o desea aprender uno por favor indícalo: _____
