

## AUTORIZACIÓN DE REBAJO PARA CAMPAÑA APORTES CON EL CORAZÓN.

Yo, Haga clic o pulse aquí para escribir texto. , con número de identificación Haga clic o pulse aquí para escribir texto., por medio de la presente autorizo a Coopemédicos R.L. a realizar un rebajo por un monto en colones de ¢Haga clic o pulse aquí para escribir texto. con el fin de participar en la Campaña Solidaria que se llevará a cabo del 6 de octubre al 15 de diciembre de 2025.

Expreso mi solicitud de realizar el rebajo por el siguiente medio:

☐ Deducción por cargo automático.

☐ Débito al cardíofondo.

☐ Débito a la cuenta: Haga clic o pulse aquí para escribir texto..

Declaro conocer que:

- ✓ El monto mínimo de aporte es de ¢10.000.
- ✓ De mi aporte, ¢8.000 serán destinados a mi cuenta capital social de Coopemédicos.
- ✓ Los ¢2.000 restantes serán destinados como aporte a la Fundación, y este monto será duplicado por Coopemédicos como parte del compromiso solidario de la campaña.

\*\*\*Adicionalmente deseo realizar un aporte a la fundación por un monto de ¢Haga clic o pulse aquí para escribir texto..

Autorizo este rebajo de forma voluntaria y consciente, y entiendo que el mismo será aplicado una única vez dentro del periodo de la campaña.

Firmo en Haga clic o pulse aquí para escribir texto. , el día Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

Firma:

