



FB | Corporación
de Salud
Santander

Fondo de Ahorro Compartido 1+1

Señores Directores, solicito aceptar mi **Incorporación** al **Fondo del Ahorro Compartido 1+1**, de la Corporación de Salud Santander, a contar del mes de _____ del 20____, para lo cual autorizo efectuar el descuento de UF _____ de mi remuneración.

Declaro conocer y acepto la reglamentación vigente.

Nombre: _____

R.U.T.: _____

Suc./Unidad: _____

Empresa: _____

Fecha: _____ de _____ de 20 _____

Fecha Aprobación ____/____/____

V° B° _____

Firma _____

Nota: Una vez llenado con letra legible, enviarlo al correo:
sisachcorsal@gmail.com