



DONACION MENSUAL: _____

PROGRAMA DE DESCUENTO VOLUNTARIO

Tel: 259-9186 / 259-3621
Apartado 0816-07257, Panamá
CACERES, ARRAIJAN

Colaboración en Meses: _____

_____ de _____ de 2018

Señores: _____ (NOMBRE DE LA EMPRESA) Ref. N° _____

Yo, _____ con cedula No. _____, con domicilio en: _____

Tel: _____ Res: _____ Cel: _____ Empleado No. _____ Planilla No. _____

Por este medio solicito se sirvan impartir instrucciones a quién corresponda para que de mi sueldo, se me descuente, de acuerdo a la periodicidad de pago abajo señalada.

Periodicidad de descuento	Cantidad a descontar	Cantidad en letras
____ Mensual	B/. _____	_____
____ Quincenal	B/. _____	_____
____ Semanal	B/: _____	_____

A partir de _____ hasta _____ Total B/. _____

La suma descontada debe ser entregada dentro de los primeros cinco días del siguiente mes a **ORFELINATO SAN JOSE DE MALAMBO**, para ser aplicado al pago correspondiente a la donación.

Esta autorización tiene carácter de irrevocable y de forzado cumplimiento de parte del empleador de acuerdo al ordinal 11 del artículo 161 del código de trabajo.

En señal de conformidad y aceptación por parte de ustedes, de esta orden descuento, les ruego devolver a **ORFELINATO SAN JOSE DE MALAMBO**.

Si es una empresa llena este recuadro

Nombre del Aceptante: _____	AUTORIZADO
Firma: _____	
Cargo : _____	
Fecha: _____	
Dirección de cobros: _____	

SOLICITANTE

FECHA

RECIBIDO: _____
Letra Imprenta

Donación deducible del Impuesto sobre la Renta / Resolución N°213-5323 de 7 de noviembre de 1988

* Si es Donación Personal por favor traerlo a las oficinas del Hogar Malambo o llamar a los teléfonos 259-3621/ 225-4055



*Agradecemos infinitamente su colaboración
ya que estará beneficiando a mas 250 niños y
niñas en situación de riesgo Social.
"Que Dios Le Bendiga"*

