



Vacuna contra la Influenza Autorización de Deducción

Datos del Asociado

Nombre completo: _____ GEID: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Así mismo, autorizo a ASDECITI que deduzca el monto de _____ por compra de _____ (indicar la cantidad de dosis que desea adquirir) dosis de vacunas contra la Influenza por medio de deducción de planilla en el plazo _____ cuotas (el plazo máximo son 4 quincenas).

Firmo en la ciudad de Heredia, a los _____ días del mes de _____ de 2021.

Tome en cuenta:

- Debe firmar este formulario
- Enviar este formulario al correo info@asdeciti.com
- Precio actual de la vacuna $\text{C}10.098$ IVI
- La fecha máxima de recepción de formularios será el **11 de mayo 2021** y usted tendrá tiempo para aplicarla hasta el **11 de junio 2021**
- Sedes: Botica de Escazú, Botica Avenida Segunda y Botica Calle Blancos
- **Coordinar con Diego Montoya del Hospital Metropolitano la cita de aplicación de vacuna**, indicando el nombre de la persona que se aplicará la dosis al celular 7006-9806, teléfono 2521-9549, o al correo electrónico diego.montoya@metropolitanocr.com

Firma del Solicitante

No. Cédula