

## Autorización de Deducción: Vacuna contra la Influenza

### 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).

Tengo con el plan médico MediSmart.

Firmo en la ciudad de Heredia, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ 2023.

### Tome en cuenta:

- Enviar este formulario al correo [info@asdeciti.com](mailto:info@asdeciti.com)
- Precio actual de la vacuna  $\$9.537$  IVI
- Precio con MediSmart:  $\$8.107$  IVI
- La fecha máxima de recepción de formularios será el **20 de abril 2023**

\* El Asociado debe considerar si es alérgico a cualquier componente de la vacuna y libera a ASDECITI de cualquier reacción adversa.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
No. Cédula