



ASOCIACIÓN DE PROFESORES DE SEGUNDA ENSEÑANZA

DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN Y SUBSIDIOS

Fax: 2255-04-75 / Tel: 2547-78-74 / E-mail: afiliacionysubsidios@apse.cr

SOLICITUD DE SUBSIDIO CORRIENTE Y ESPECIAL

Fecha: _____

Nombre Completo: _____

No. Cédula: _____

Teléfono: _____ ☐

Lugar de Trabajo: _____ Pensionado (a) ☐

SOLICITO SUBSIDIO POR: (DEBE APORTAR **FACTURAS CANCELADAS** O **ACTA DE DEFUNCIÓN**).

1. Intervención Quirúrgica
2. Examen de la Vista
3. Servicios Odontológicos
4. Anteojos
5. Especial

6. Aparatos Ortopédicos
7. Medicinas
8. Consulta Medica
9. Defunción
10. Examen Médico

FORMA DE RETIRO

(Se realizará únicamente por depósito bancario (SINPE), según acuerdo de Junta Directiva, sesión No. 2-16)

ENTIDAD FINANCIERA: _____

CUENTA CLIENTE: _____

FIRMA:

PARA USO DE LA OFICINA

Fecha de Ingreso: _____

Ultima solicitud: _____

Años de Asociado: _____

Cotiza: Si _____ No _____

Monto aprobado: ₡ _____

Tesorería General _____

OBSERVACIONES:

