

## **Autorización de Descuento**

Yo, ..... médico  
especialista en .....,  
con DNI N° ..... autorizo a que  
se descuenten mensualmente s/.50.00 soles de mis  
honorarios.

Este monto será transferido a la cuenta del Cuerpo  
Médico de SANNA Clínica San Borja.

San Borja ..... de ..... del 20.....

---

Firma y sello