FONDO DE EMPLEADOS DENTONS CARDENAS & CARDENAS

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

FECHA: Dia ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐

NOMBRE DEL ASOCIADO _____

Es mi voluntad que en caso de muerte los saldos a mi favor sean entregados a:

NOMBRE	EDAD	SEXO	PARENTESCO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	%
				TOTAL	100%

En caso que el beneficiario sea persona jurídica, diligenciar:

NOMBRE DE LA ENTIDAD:
NIT:
DIRECCION:
TELEFONO FIJO:
PORCENTAJE DE OTORGAMIENTO:

FIRMA DEL ASOCIADO: _____

Huella:

C.C. No. _____