**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA DONACIÓN A LAS FUNDACIONES INSCRITAS A FONABBOTT**

CIUDAD Y FECHA:

YO,       CON IDENTIFICACIÓN NÚMERO       Y EMPLEADO(A) DE       AUTORIZO SE DESCUENTE MENSUALMENTE DE MI NÓNIMA A TRAVÉS DEL FONDO DE EMPLEADOS DE ABBOTT LABORATORIES DE COLOMBIA “FONABBOTT” LA SUMA DE       ($       )

A PARTIR DEL MES DE       DEL AÑO 20  , COMO DONACIÓN PARA LA FUNDACIÓN      .

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_