



Asociación para la Administración de Recursos Humanos y Relaciones Laborales

AUTORIZACIÓN DESCUENTO POR CONCEPTO DE CUOTA

Yo _____, seguro social _____ autorizo
(Nombre del Asociado)

a la (al) _____ a descontar de mi salario la
(Nombre Agencia, Municipio, Compañía o Corporación)

cantidad de dos (2) dólares mensuales por concepto de cuota, a ser pagada a la Asociación para la Administración de Recursos Humanos y Relaciones Laborales de Puerto Rico (ARHRL). Nuestra dirección es **P.O. BOX. 9024261, San Juan, PR 00902-4261**. Organización que promueve el desarrollo y capacitación de los profesionales que laboran en la Administración de los Recursos Humanos.

Certifico tener conocimiento de mi derecho, si así lo desearé, **de revocar esta autorización luego de transcurrido un (1) año**, después de la fecha de otorgamiento, **mediante notificación por escrito a la Asociación**.

Fecha

Firma del Asociado

Título Ocupacional

Dirección Postal

**SELLO
ASOCIACIÓN
APROBADO**

e-mail _____

ALCANZANDO EL ÉXITO MEDIANTE LA CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO

PO Box 9024261, San Juan, PR, 00902-4261 / 787-632-1900

www.arhrlpr.com : www.facebook.com/pages/arhrl/239330479464334
presidencia@arhrlpr.com