** FORMULARIO REEMBOLSOS**

**Asociación de funcionarios de la Defensoría Penal Pública**

 Asociado (a):

 Run:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Boleta** | **Monto** | **Descripción** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Total a Pagar =**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Tesorero Afudep Recibe Conforme**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dato para depósito** |  |
| **Banco** |  |
| **N° Cuenta** |  |
| **Tipo Cuenta** |  |