



SOLICITUD DE MEDICINA PERMANENTE

Datos del Titular:

Nombres y Apellidos : _____
C.I: _____
Instituto Pedagógico : _____
Teléfonos: _____

Datos del Beneficiario :

Nombres y Apellidos : _____
C.I: _____
Parentesco : _____

Recaudos Entregados:

IM Récipes Indicaciones Original Copia

Fecha :

Firma del Afiliado

Cédula