Gentileza : Cristian Vásquez Anabalón

# SOLICITUD DE FRANQUICIA y/o PRESTAMOS

Recibido en Bienestar

A : INDIVIDUALIZACION DEL IMPONENTE

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
|---|---|---|
| | | |

| R.U.N. N° | Cargo | Grado u Horas | Titular o Contrata | Establecimiento |
|---|---|---|---|---|
| - | | Horas | Contratado | Dirección Servicio Salud Bio Bio |

Dirección :

Ciudad : Telefono :

B : SOLICITA AL SERVICIO DE BIENESTAR LOS SIGUIENTES BENEFICIOS, SEGUN LO ESTABLECIDO EN EL REGLAMENTO PARTICULAR.

| Cant. | Detalle de Beneficios | Valor de cada uno | Bonificación | Imputación |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Imponente | | Carga Familiar | | Nombre | |
|---|---|---|---|---|---|

C : PRESTAMOS ( marque lo que corresponda )

Auxilio Médico Habitacional N° de Meses Monto $

Fiador 1) R.U.N. - Firma

Fiador 2) R.U.N. - Firma

| Tipo Préstamo | Fecha Otorgamiento | Monto en $ | Imputación |
|---|---|---|---|
| | | | |

Declaro bajo juramento que los datos entrgados son la expresión fiel de la verdad, por lo que asumo la responsabilidad de cualquier ilícito

Al Consejo Administrativo de Bienestar
Servicio de Salud Bío Bío

FECHA :

Firma Imponente

USO EXCLUSIVO BIENESTAR

Ingreso a
Aporte Hasta
Adeuda

V° B° Encargada

CERTIFICACION DEL PAGO

Certifico que he recibido cheque N°

Serie del BancoEstado, por el valor de

$ que paga beneficio B o C.

FIRMA RECIBE CONFORME FECHA RECIBI CONFORME

Contador Jefe Bienestar