



DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO/A

*USO EXCLUSIVO DE LA CAJA MÉDICA Y DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS

DATOS DEL SOCIO

N° de Socio: _____ N° de Cédula de Identidad: _____

Nombre(s) y Apellido(s): _____

BENEFICIARIOS

1) Nombre(s) y Apellido(s): _____

N° de Cédula de Identidad: _____ N° de Celular: _____

Dirección: _____ Relación: _____

.....

2) Nombre(s) y Apellido(s): _____

N° de Cédula de Identidad: _____ N° de Celular: _____

Dirección: _____ Relación: _____

.....

3) Nombre(s) y Apellido(s): _____

N° de Cédula de Identidad: _____ N° de Celular: _____

Dirección: _____ Relación: _____

.....

4) Nombre(s) y Apellido(s): _____

N° de Cédula de Identidad: _____ N° de Celular: _____

Dirección: _____ Relación: _____

Comentarios: _____

Firma del/la Socio/a

Fecha

Aclaración de Firma

.....

Recibido por:

Firma del Funcionario

Sello y/o aclaración de Firma