

ANTICIPO PARA GASTOS MEDICOS

NOMBRE SOCIO _____

N° ROL _____ SECCION _____

NOMBRE DE LA CARGA _____

MONTO SOLICITADO \$ _____

Me comprometo a devolver al Fondo de Bienestar el monto solicitado una vez rebajadas las bonificaciones a que tenga derecho, ya sea mediante un solo pago o mediante cuotas, de acuerdo lo determine el Fondo de Bienestar.

En el caso de anticipos ópticos, el plazo máximo será de 30 días, de lo contrario autorizo a Bienestar a descontar la deuda en su totalidad al día siguiente del vencimiento del plazo mencionado.

FIRMA

TIPO DE GASTO

URGENCIAS AMBULATORIAS

HOSPITALIZACIONES

DESPACHO RECETA OPTICA

OTROS
 Especificar _____

Detalle

Gasto total	
Bonif. Isapre	
Bonif. Seguro	
Bonif. Bienestar	
Saldo a Pagar	

DATOS DEL SOCIO

TIPO DE DEUDA	Monto	Cuota

RENTA

AHORRO

INGRESO

APROBACION DIRECTORIO

APROBADO

RECHAZADO

 Presidente

 Tesorero

 Secretario

 Director

 Director