



Nueva Comuna

DÍA	MES	AÑO

COLEGIO O CENTRO DE SALUD

SOLICITUD CREDENCIAL DE FONASA

NOMBRE COMPLETO SOLICITANTE

C.I. - R.UT.

FECHA DE NACIMIENTO

DÍA	MES	AÑO

DOMICILIO

CALLE

N°	DEPTO.

SECTOR

COMUNA

TELÉFONO

USO EXCLUSIVO COMUDEF

INGRESO \$ _____
COTIZ. FONASA _____

FIRMA SOLICITANTE

- 1. CARGAS FAMILIARES AUTORIZADAS DETALLAR AL DORSO**
- 2. ADJUNTAR ÚLTIMA LIQUIDACIÓN DE SUELDO**

