



DÍA	MES	AÑO

COLEGIO O CENTRO DE SALUD

SOLICITUD CREDENCIAL DE FONASA

NOMBRE COMPLETO SOLICITANTE

C.I. - R.U.T.

FECHA DE NACIMIENTO

DÍA	MES	AÑO

DOMICILIO

CALLE

Nº	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

