

<i>DÍA</i>	<i>MES</i>	<i>AÑO</i>

<i>COLEGIO O CENTRO DE SALUD</i>

SOLICITUD CREDENCIAL DE FONASA

<i>NOMBRE COMPLETO SOLICITANTE</i>

<i>C.I. - R.UT.</i>

FECHA DE NACIMIENTO

<i>DÍA</i>	<i>MES</i>	<i>AÑO</i>

DOMICILIO

<i>CALLE</i>

<i>N°</i>	<i>DEPTO.</i>

<i>SECTOR</i>

<i>COMUNA</i>

<i>TELÉFONO</i>

USO EXCLUSIVO COMUDEF
<i>INGRESO \$</i> _____
<i>COTIZ. FONASA</i> _____

FIRMA SOLICITANTE

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

