



**SOLICITUD “PRESTAMO EQUIPO ORTOPEDICO”**

**SOCIO SOLICITANTE**

NOMBRE : \_\_\_\_\_

R.U.N. : \_\_\_\_\_

TELEFONO : \_\_\_\_\_

DIRECCION : \_\_\_\_\_

**TERCERO SOLICITANTE**

NOMBRE : \_\_\_\_\_

R.U.N. : \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE : \_\_\_\_\_

PARENTESCO (socio) : \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

MEDICO TRATANTE : \_\_\_\_\_

EQUIPO SOLICITADO : \_\_\_\_\_

PERIODO DE USO (meses) : \_\_\_\_\_

Declaro conocer las clausulas establecidas en el “**REGLAMENTO PRESTAMO EQUIPO ORTOPEDICO DEL SERVICIO DE BIENESTAR MUNICIPAL**” contenidas en el “**TITULO TERCERO : DE LAS RESPONSABILIDADES**” **ARTICULOS 16, 17, 18, 21 y 22.**

Autorizo al Servicio de Bienestar a realizar los descuentos originados por las causales contenidas en los artículos mencionados, pago que se realiza en la forma establecida en el **ART. 23** del reglamento.

En caso de que sea un **TERCERO** el **SOLICITANTE** consiente voluntariamente a través de este acto a asumir las responsabilidades emergentes del **ARTÍCULO 5** del reglamento ya citado.

NOTA : Se entrega “**REGLAMENTO PRESTAMO EQUIPO ORTOPEDICO DEL SERVICIO DE BIENESTAR MUNICIPAL**” al solicitante para conocimiento de las obligaciones contraídas.

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A) EJECUTIVA  
SERVICIO DE BIENESTAR

\_\_\_\_\_  
ENCARGADO(A)  
SERVICIO DE BIENESTAR

Linares, \_\_\_\_\_