

## “FORMULARIO EQUIPO ORTOPEDICO”

### SOCIO SOLICITANTE

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

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

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

DIRRECCION: \_\_\_\_\_

### SOLICITANTE TERCERO

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 DELSERVICIO DE BIENESTAR MUNICIPAL**” CONTENIDAS EN EL “**TITULO TERCERO: DE LAS RESPONSABILIDADES**” ARTICULOS 16, 17, 18, 21, 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 sumir las responsabilidades emergentes del **ARTÍCULO 5** del reglamento ya citado.

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

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE

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

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

LINARES, \_\_\_\_\_