

SOLICITA: AUTORIZACION PARA ACCEDER A  
ATENCION EXTRAINSTITUCIONAL BAJO  
LA MODALIDAD DE REEMBOLSO

SEÑOR CAPITÁN DE NAVÍO ADM., DIRECTOR EJECUTIVO DE LA IAFAS DE LA  
MARINA DE GUERRA DEL PERÚ

Sr. C. de N. ADM.

Yo, .....,  
identificado con N° de CIP..... y N° de DNI....., domiciliado en  
.....  
..... laborando actualmente en  
..... con teléfono celular N°....., correo  
electrónico..... con  
Diagnóstico:... .. ante Ud. con el debido  
respeto me presento y expongo:

Que.....  
.....  
.....  
.....  
.....

para lo cual se adjunta lo siguiente:

- Copia de TIN
- Copia de DNI
- Informe médico sustentatorio, con firma y sello del médico tratante.
- Presupuesto detallado con costos por el monto aproximado de la atención.

Bellavista,

Atentamente,

.....  
Firma