

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