

SOLICITO: **Devolución dinero**

MONTO: S/.

SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

CON DNI. \_\_\_\_\_

(Nombres y Apellidos del Solicitante)

PADRE ( ) MADRE ( ) \_\_\_\_\_ (\*) DOMICILIO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

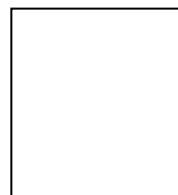
CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE

EDAD \_\_\_\_ CON HISTORIA CLINICA N° \_\_\_\_\_ ANTE USTED ME  
PRESENTO Y DIGO \_\_\_\_\_

**DECLARACION JURADA:** Así mismo quien suscribe declara bajo juramento ser la persona legalmente facultada para efectuar el presente trámite sin reserva ni limitaciones alguna por lo que asumo la total responsabilidad de esta acción exonerando al instituto de cualquier responsabilidad. En el caso de no ser los padres

## ATENTAMENTE;



FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Huella i. D.

(\*) Soy la Única Persona autorizada para Solicitar \_\_\_\_\_

**NOTA:** Para la devolución deberá presentar Boletas de Venta y/o Recibos de Caja Originales correspondiente al Emisor y Adquiriente Usuario.

Dichos Documentos estarán sellados y firmados por el jefe de servicio donde NO se realizó la atención, con su debido sustento