

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 _____

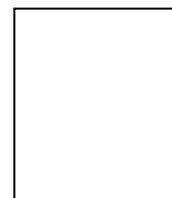
NOMBRE DEL PACIENTE _____

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 tramite 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 realizo la atención, con su debido sustento