

Ministerio de Salud Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas Depto. de Calidad de Vida Subdepto. del Bienestar

72-2337853-ANEXO 727853



## SOLICITUD FORMA DE PAGO DE BENEFICIOS

	APELLIDO MATERNO		
ESTABLECIMIENTO	CARGO	GRADO	CALIDAD
DEL ESTABLECIMIENT	O DE	CON FECHA	
AUTORIZO AL SERVIC CUENTA:	CIO DE BIENESTAR DE O	HIGGINS A REALIZAR DEP	ÓSITOS EN LA SIGUIENTE
MODALIDAD DE PAGO	: DEPÓSITO PAGO (	CASH	
EN CASO DE QUE SEA	MODALIDAD DEPÓSITO, IN	DICAR LOS SIGUIENTES DAT	OS:
BANCO:			
TIPO DE CUENTA:			
N° CUENTA:			
	FIRMA Y RUT	DEL FUNCIONARIO	