SOLICITA: AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A ATENCIÓN EXTRAINSTITUCIONAL BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO

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

Bellavista,

Atentamente,

_____
Atendido por

……..
Firma

**NOTA**: Formato normado en el apéndice IX del Anexo "A" de la Directiva DIPERMAR N° 09-22.