**SOLICITUD DE BONOS - Sector Auditoría Médica**

Por este medio solicito se extienda el cupo de bonos para consultas médicas (No utilizar para atención odontológica, nutrición, psicología.)

**FECHA**: ........ /…….. /…………

**Nº DE AFILIADO:** ……………………………………..

**APELLIDO Y NOMBRE:** ……………………………………………………………………………………………………………...

**MOTIVO DE LA SOLICITUD**: (Especificar si obedece a alguna patología en particular, chequeos/controles anuales de alguna especialidad, otros). Agradeceremos nos brinde un breve detalle.
...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO TITULAR:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**TELÉFONO DE CONTACTO:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**E-MAIL:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………