



Solicitud Convenio Familiar Clínica Santa María

Favor completar con letra clara e imprenta

Datos Titular

Nombres.....
Apellidos.....
Rut.....
Oficina / Unidad.....
Anexo Oficina.....
Fono Particular.....

Datos Beneficiario 01

Nombres.....
Apellidos.....
Rut.....
Fecha de Nacimiento.....
Domicilio.....
Comuna.....
Colegio / Universidad.....
Isapre.....

Datos Beneficiario 02

Nombres.....
Apellidos.....
Rut.....
Fecha de Nacimiento.....
Domicilio.....
Comuna.....
Colegio / Universidad.....
Isapre.....



Datos Beneficiario 03

Nombres.....
Apellidos.....
Rut.....
Fecha de Nacimiento.....
Domicilio.....
Comuna.....
Colegio / Universidad.....
Isapre.....

Datos Beneficiario 04

Nombres.....
Apellidos.....
Rut.....
Fecha de Nacimiento.....
Domicilio.....
Comuna.....
Colegio / Universidad.....
Isapre.....

Total N° de Beneficiarios: _____

Total a Pagar: \$ _____

Efectivo: ____ / Cheques: ____ / Dscto. Planilla ____ cuotas (indicar cantidad, hasta 6 cuotas max.)

Fecha de Recepción: _____

Firma Titular