

AUTORIZACION
PARA EL COBRO DEL BENEFICIO DE RACIONAMIENTO

Por la presente autorizo al Sr./a

DNI: a percibir el beneficio del Socio N°

Internado en

Habitación N°

Desde Hasta

.....

Firma Acompañante Autorizado

.....

Firma o dígito pulgar derecho socio internado
DNI

Certificación Autoridad CIRSE:

Firma y Sello

Señor afiliado:

Para el cobro de este beneficio el acompañante deberá dirigirse al Estamento más cercano al lugar de internación, presentando DNI propio y del Socio titular.