



SOLICITUD DE SUBSIDIO

Fecha: _____

Nombre Completo: _____.

No. Cédula: _____ Teléfono: _____

Lugar de Trabajo: _____ Pensionado (a)

SOLICITO SUBSIDIO POR: (DEBE APORTAR **FACTURAS CANCELADAS** O **ACTA DE DEFUNCIÓN**).

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| 1. Intervención Quirúrgica | 6. Aparatos Ortopédicos |
| 2. Examen de la Vista | 7. Medicinas |
| 3. Servicios Odontológicos | 8. Consulta Medica |
| 4. Anteojos | 9. Defunción |
| 5. Especial | 10. Examen Médico |

FORMA DE RETIRO

(Se realizará únicamente por depósito bancario, según acuerdo de Junta Directiva, sesión No. 2-16)

ENTIDAD FINANCIERA: _____ CUENTA IBAN: _____

Para la aprobación del subsidio, deberá estar al día con las cuotas de afiliación (Artículo 1 del Reglamento de Subsidios).

FIRMA

PARA USO DE LA OFICINA

Fecha de Ingreso: _____ Ultima solicitud: _____
Años de Asociado: _____ Cotiza: Si _____ No _____
Monto aprobado: ₡ _____ Tesorería General _____

OBSERVACIONES:

