



SOLICITUD DE FRANQUICIAS y/o PRESTAMOS

Unidad de Bienestar

Recibido en Bienestar: _____

A: INDIVIDUALIZACION DEL IMPONENTE:

_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
_____	_____	_____
R.U.N. N°	Cargo	Grado
_____	_____	_____
Dirección: _____		
Ciudad: _____		Teléfono: _____

B: SOLICITA AL SERVICIO DE BIENESTAR LOS SIGUIENTES BENEFICIOS, SEGUN LO ESTABLECIDO EN EL REGLAMENTO PARTICULAR.

Cant.	DETALLE DE BENEFICIOS	Valor de cada uno	Bonificación	Imputación

ImpONENTE Carga Familiar Nombre: _____

C: PRESTAMOS (Marque lo que corresponda)

Auxilio _____	Médico _____	Habitacional _____	N° de meses _____	Monto \$ _____
Nombre y Apellidos completos fiadores:				
Fiador 1) _____	R.U.N. _____	Firma _____		
Fiador 2) _____	R.U.N. _____	Firma _____		
Tipo Préstamo	Fecha Otorgamiento	Monto en \$	Imputación	

Declaro bajo juramento que los datos entregados en este documento son la expresión fiel de la verdad, por lo que asumo la responsabilidad de cualquier ilícito.

**Al Consejo Administrativo de Bienestar
Servicio de Salud Bío-Bío**

FECHA: _____

FIRMA IMPONENTE

USO EXCLUSIVO BIENESTAR
Ingreso a Bienestar _____
Aporte hasta _____
Adeuda _____
_____ V° B° ENCARGADA

CERTIFICACION DEL PAGO
Certifico que he recibido cheque N° _____
serie _____ del Banco del Estado de Chile, por el valor de
\$ _____ que paga beneficios B o C.
_____ FIRMA RECIBI CONFORME
_____ FECHA RECIBI CONFORME

Impresos Helvetia

CONTADOR

JEFE BIENESTAR