

RADICACIÓN:



FECHA DE SOLICITUD		
DÍA	MES	AÑO

### SOLICITUD DE VACUNAS

#### 1. DATOS PERSONALES

NOMBRE:		PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E.	NÚMERO:	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA:	
TELÉFONO RESIDENCIA:	TELÉFONO CELULAR:	TELÉFONO OFICINA Y EXT:	
EMPRESA:	DEPENDENCIA:	CARGO:	
CORREO ELECTRÓNICO:			

#### RELACIÓN DE VACUNADOS

NOMBRE DEL VACUNADO	NOMBRE DE LA VACUNA

Recuerde que FECOLSA financia hasta en 6 meses el valor de las vacunas con 0% de interés

AUTORIZO AL PAGADOR PARA DESCONTAR POR CONCEPTO DE VACUNAS LA SUMA DE \$ \_\_\_\_\_ PARA DIFERIR EN \_\_\_\_\_ CUOTAS.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASOCIADO :

C.C : \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO AUTORIZADO :