Medellín,**{{ fecha\_dia }}** del mes número **{{ fecha\_mes }}** de **{{ fecha\_año }}**

Señores

**IPS TERAPIAS INTEGRALES DOMICILIARIAS SA.S.**

Medellín

Asunto: Autorización descuento exámenes médicos.

Respetados señores:

Yo, **{{ nombre\_completo }}**

Identificado como aparezco al pie de mi firma, autorizo a la **IPS TERAPIAS INTEGRALES** **DOMICILIARIAS** para deducir del pago, el valor de $80.000 en una cuota, correspondiente al costo de los Exámenes médicos, en el caso de desistimiento del contrato dentro de los primeros 6 meses de la prestación del servicio.

Cordialmente,

{{ firma }}

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C. **{{ cedula\_ciudadania }}**