

DEVOLUCION DE PAGO DE MEDICAMENTOS DE USUARIO POR EMERGENCIA CON COBERTURA SIS.

SEÑOR DIRECTOR DE HOSPITAL II - HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO
S.D.

Atención: Jefe de la Unidad de Economía

Yo,, identificada(o) con documento de identidad (DNI/CE) N°, con domicilio real en la ciudad de del Distrito Provincia de del Departamento de, ante Usted, con el debido respeto, me presento y digo:

Que me dirijo a Usted:

___ En nombre propio

___ En nombre de la persona natural, con afiliación SIS desde el ___/___/20___ que responde al nombre de con DNI/CE N°, que ingreso por el Servicio de Emergencia el ___/___/202___ a horas __:__, y a la presente fecha y hora se encuentra hospitalizada(o) en el Servicio de cama N° de esta IPRESS, para solicitarle que a razón de la contingencia (.....) se sirva disponer la devolución de los siguientes pagos que realice en el Hospital Santa Rosa:

Nº	C/P	Fecha	Números	Monto
Total en S/.				

Para efectos del caso, adjunto copia original de los comprobantes de pago citados líneas arriba.

POR LO EXPUESTO:

Solicito a usted señor Director, se sirva disponer a quienes corresponda que cumpla con dar la debida atención a mi pedido, por ser de justicia.

Puerto Maldonado, de de 202....



Firma del solicitante

Nombre:
DNI. N°