



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA DEFENSA
VICEMINISTRO DE SERVICIOS, PERSONAL Y LOGÍSTICA
DIRECCIÓN GENERAL DE EMPRESAS Y SERVICIOS
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA FUERZA ARMADA
GERENCIA DE DROGUERÍA Y FARMACIAS

AUTORIZACIÓN DEL AFILIADO / TRATAMIENTO PROLONGADO

Quien suscribe Afiliado _____ C.I N° _____, por medio del presente documento autorizado al Ciudadano (a) _____ C.I N° _____, a retirar en la empresa los MEDICAMENTOS asignados a mi persona para el **MES DE FEBRERO DE 2017** producto del convenio IPSFA con la citada empresa.

De igual forma me comprometo a consignar los documentos exigidos para cumplir todos los requerimientos que faciliten obtener el beneficio en cuestión en la intención de coadyuvar al mejor desarrollo y transparencia del convenio que favorece a toda la FAMILIA MILITAR.

FIRMA AUTÓGRAFA DEL AFILIADO

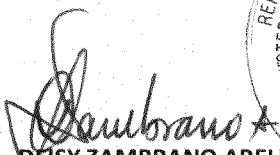
O

HUELLA DACTILAR

FIRMA DEL AUTORIZADO

Documento a Consignar Adjuntos a la Autorización:

1. COPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD VIGENTE DEL AFILIADO Y DEL AUTORIZADO O CONSTANCIA DE TRAMITACIÓN ANTE EL SAIME.
2. COPIA DEL CARNÉ DEL AFILIADO O CONSTANCIA DE TRAMITACIÓN DE CARNÉ.
3. SI REQUIERE MEDICAMENTOS **PSICOTRÓPICOS** DEBE PRESENTAR RÉCIPE MEDICO EN ORIGINAL.
4. SI REQUIERE INSULINAS O MEDICAMENTOS REFRIGERADOS FAVOR LLEVAR CAVA CON FRIO PACK O HIELO.


TCNEL. DEISY ZAMBRANO ARELLANO
GERENTE DE DROGUERÍA Y FARMACIA
VALIDA ÚNICAMENTE PARA EL MES DE FEBRERO/2017



CONTACTOS:
0212.661.40.00
@IPSFASOCIALISTA
@DROGUERIAIPSFA
GERENCIA DE DROGUERÍA Y FARMACIA IPSFA