

SOLICITUD DE DEVOLUCIONES A PACIENTES

Unidad de servicio: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

R.U.T: _____ Fecha de atención _____

Forma de pago: __T. Crédito __T. Débito __Cheque __Efectivo __Excedente __Totém

Monto: \$ _____

MOTIVO DE DEVOLUCIÓN

___Sin costo ___No se atiende ___Cambio de hora ___Error de costo

___Examen no realizado ___Reclamo

Otros: _____

DEVOLUCIÓN:

Efectivo: \$ _____ Fecha de entrega: ____ - ____ - ____ R.U.T: _____

Nombre: _____

Déposito: _____ Banco: _____ N°de cuenta: _____

Nombre titular: _____

E-mail: _____

Recibe conforme

Documento preparado por

firma y timbre cajero