



SOLICITUD DE CARTA AVAL



Fecha: / / / /

Datos del titular

Apellidos y Nombres _____ Telefono _____
 Cedula de Identidad _____ Unidad Administrativa _____
 Estado _____ Centro de Costo _____

Datos del solicitante

Apellidos y Nombres _____
 Cedula de Identidad _____ Parentesco _____

Informacion de la solicitud

Fecha _____
 Nombre de la clinica _____
 Rif de la Clinica _____
 Nombre del Medico _____
 Diagnostico del ingreso _____

Documentos Consignados

Informes medicos Presupuesto de la clinica Radiografias (RX) Ecosonogramas
 Otros Examenes Examenes de laboratorio Total Solicitado: _____

Observaciones
