



SAN SALVADOR DE JUJUY,/...../ 20.....-

Nota Solicitud de, (Marque con una x):

1- ALTA..... y/o CONTINUIDAD.....;

A la Señora

PRESIDENTE DE LA CAPSAP

Dra. MARIA DEL HUERTO GAMARRA DE VARGAS DURAN

Su Despacho:

Ei/La que suscribeMP.....DNI....., tiene el agrado de dirigirse a Usted y por su digno intermedio ante quien corresponda, a efectos de solicitar proceda al tramite indicado mas arriba, correspondiente al Servicio de Salud, a través de la CAPSAP.

Cabe mencionar que conozco y acepto las disposiciones que rigen este beneficio Según Resolucion 74/2020 y Resolucion 160/2020, optando por este medio a la **Prepaga: ISJ.....; SMG.....;SAN COR SALUD.....; OSDE....., BRAMED.....**, una vez cumplimentado los trámites de rigor ante la Institución que Usted tan dignamente preside.

En relación al tramite solicitado adjunto documentación: SI.....NO.....

Atentamente.-

.....
Firma

.....
Aclaracion

Cfno:scf