



RIF: J-07512150-3

GERENCIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE

AUTORIZACIÓN DE EMISIÓN DE REINTEGRO

Maracay ___/___/___

Yo, _____, portador de la C.I.: _____ de profesión _____, en mi condición de responsable o familiar de la cuenta del paciente: _____, **autorizo a CENTRO MEDICO MARACAY C.A.** a que emita un una transferencia bancaria por concepto de reintegro (Si me corresponde) según el monto de factura, cobertura del seguro y/o abonos a cuentas:

Datos de la Cuenta	
Nro. de Cuenta	Banco:
A Nombre de:	C.I./RIF:
Correo Electrónico:	Número de Teléfono Celular:

Firma del Solicitante: _____

C.I.: _____

SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN

Monto del Reintegro Bs.: _____; **SEGÚN RECAUDOS ANEXOS.**

Nombre y Firma del Facturador que tramita el Reintegro: _____
Fecha: _____

SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD

Cuenta	Concepto	Debe	Haber

Codificado por: _____

Aprobado por: _____

Firma: _____

Firma: _____