



I. MUNICIPALIDAD DE CORONEL
 DEPARTAMENTO DE SALUD
 SERVICIO BIENESTAR A.P.S.



**PODER SIMPLE RETIRO VALES DE GAS
 SERVICIO BIENESTAR A.P.S.**

Yo....., RUN:.....,
 con fecha: autorizo a:.....,
 RUN:....., para retirar vales de gas del mes de
 por motivos personales y me hago responsable de mi solicitud bajo firma.

FIRMA ASOCIADO

FIRMA AUTORIZADO



I. MUNICIPALIDAD DE CORONEL
 DEPARTAMENTO DE SALUD
 SERVICIO BIENESTAR A.P.S.



**PODER SIMPLE RETIRO VALES DE GAS
 SERVICIO BIENESTAR A.P.S.**

**PODER SIMPLE RETIRO VALES DE GAS
 SERVICIO BIENESTAR A.P.S.**

Yo....., RUN:.....,
 con fecha: autorizo a:.....,
 RUN:....., para retirar vales de gas del mes de
 por motivos personales y me hago responsable de mi solicitud bajo firma.

FIRMA ASOCIADO

FIRMA AUTORIZADO