



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA DEFENSA
VICEMINISTERIO DE SERVICIOS PARA LA DEFENSA
DIRECCIÓN GENERAL DE EMPRESAS Y SERVICIOS
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA FUERZA ARMADA
GERENCIA DE DROGUERÍA Y FARMACIAS
RIF: G20003692-3**



AUTORIZACIÓN DEL AFILIADO/TRATAMIENTOS A TRAVÉS DE LOS DIFERENTES CONVENIOS.

Quien suscribe (Afiliado) _____ C.I N° _____, por medio del presente documento autorizado al Ciudadano (a) _____ C.I N° _____, a retirar en la empresa _____; los **MEDICAMENTOS** asignados a mi persona para el **MES DE ABRIL DE 2019** producto del convenio IPSFA con la mencionada empresa.

**FIRMA AUTÓGRAFA DEL AFILIADO
HUELLA DACTILAR**

FIRMA DEL AUTORIZADO

Documentos a Consignar Adjuntos a la Autorización:

1. COPIA DEL CARNET DEL AFILIADO.
2. COPIA DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL AFILIADO Y DEL AUTORIZADO.
3. RÉCIPE MÉDICO EN ORIGINAL. (MEDICAMENTOS CONTROLADOS Y TRATAMIENTO ESPECIAL.

NOTA: SI REQUIERE MEDICAMENTOS REFRIGERADOS FAVOR LLEVAR CAVA



**TC. EL. LINDA CLARET GUERRERO VELASCO
GERENTE DE DROGUERÍA Y FARMACIAS**

CONTACTOS:
0212.661.40.00
@IPSFASOCIALISTA
@DROGUERIAIPPSFA
GERENCIA DE DROGUERÍA Y FARMACIAS IPSFA