



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA DEFENSA
VICEMINISTERIO DE SERVICIOS, PERSONAL Y LOGÍSTICA
DIRECCIÓN GENERAL DE EMPRESAS Y SERVICIOS
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS
GERENCIA DE DROGUERÍA Y FARMACIAS

AUTORIZACIÓN DEL AFILIADO / TRATAMIENTO PROLONGADO

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 OCTUBRE DE 2017 producto del convenio IPSFA con la citada empresa.

De igual forma me comprometo a consignar los documentos exigidos para cumplir todos los requerimientos que faciliten obtener el beneficio en cuestión en la intención de coadyuvar al mejor desarrollo y transparencia del convenio que favorece a toda la FAMILIA MILITAR.

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. SI REQUIERE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS DEBE PRESENTAR RÉCIPE MEDICO EN ORIGINAL.
4. SI REQUIERE INSULINAS O MEDICAMENTOS REFRIGERADOS FAVOR LLEVAR CAVA.



Deisy Zambrano
TCNEL. DEISY ZAMBRANO ARELLANO

GERENTE DE DROGUERÍA Y FARMACIA

VALIDA ÚNICAMENTE PARA EL MES DE OCTUBRE / 2017

CONTACTOS:

0212.661.40.00

@IPSFASOCIALISTA

@DROGUERIAIPSFA

GERENCIA DE DROGUERÍA Y FARMACIA IPSFA