

PLANILLA DE RECLAMOS AL FAAS-UNES

V <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	CEDULA DE INDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS	
TELEFONO HABITACION		TELEFONO CELULAR	TELEFONO OFICINA	
CORREO ELECTRONICO		UNIDAD DE ADSCRIPCION:		
CENTRO DE FORMACION:			SUPERVISOR INMEDIATO:	

TIPO DE RECLAMO

- | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CARTA AVAL | <input type="checkbox"/> SUSCRIPCION | <input type="checkbox"/> FARMACIAS |
| <input type="checkbox"/> REEMBOLSOS | <input type="checkbox"/> CENTROS MEDICOS | <input type="checkbox"/> OTROS |

OBSERVACIONES DEL RECLAMO:

NOTA: DENTRO DE LAS OBSERVACIONES DEBE DE ESTAR INMERSO TODA LA INFORMACION RELACIONADA AL RECLAMO, COMO: (CLINICA, CENTRO DE ATENCION PRIMARIA O FARMACIA DONDE ASISTIO EN CASO DE SER RECLAMO POR CENTROS MEDICOS O FARMACIAS, FECHA DE ENTREGA DE LOS RECAUDOS AL FAAS-UNES Y QUIEN RECEPCIONO LOS DOCUMENTOS EN CASO DE SER POR CARTA AVAL, REEBOLSOS O SUSCRIPCION)

RECIBIDO POR:

FIRMA DEL BENEFICIARIO

FECHA DE SOLICITUD ____ / ____ / ____

FECHA DE RECEPCIÓN ____ / ____ / ____

FECHA DE TRAMITACIÓN ____ / ____ / ____