

MEDIANTE ESTE DOCUMENTO Y CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, INFORMO A QUIEN CORRESPONDA QUE ME DIRIJO A CEMIC SEDE.....UBICADA EN.....PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA CON EL/LA DR./DRAA LASHORAS DEL DÍA/...../.....

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI:

CEMIC