

_____ de _____ de 201__

Señores

COOPERATIVA ELECTRICA PAILLACO LTDA.

REF.: SOLICITA REGISTRAR PACIENTE EN CONDICIÓN ELECTRODEPENDIENTE

Cliente N° _____ RUT _____

Nombre Cliente Titular del Servicio _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Nombre Paciente _____ RUT _____

Relación parentesco titular del Servicio _____

Documentos que debe presentar en casa matriz de SOCOEPA, Perez Rosales N° 1167 - Paillaco

- Certificado de Paciente Electrodependiente – emitido por un Médico que acredite tal condición.
- Fotocopia simple de RUT del paciente.

Firma Cliente / Usuario

Nombre: _____

RUT : _____