

Resistencia, 31 de Diciembre de 2019

Sres. Asesoría Medica InSSSeP

S _____ / _____ D:

Solicito la provisión y mayor cobertura de la patología,
medicamentos y estudios necesarios para mi tratamiento, teniendo en cuenta la enfermedad
que padezco, y el elevado costo de ellos.

[FIRMA Y ACLARACION]
[NOMBRE DEL TITULAR]
[DNI:]
[TEL:]
[DOMICILIO:]