Formulario de solicitud de departamento

Solicito al Directorio, evaluar la factibilidad de hacer uso de los departamentos de nuestra Corporación, debido a que:

FECHA Y HORA DE INGRESO		FECHA Y HORA DE SALIDA
/ / a las : horas		/ / a las : horas

Antecedentes del socio y sus acompañantes

RUT	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO

En las dependencias del edificio Plaza Paris y en las dependencias del departamento asignado, me hago responsable de las personas que me acompañan y me comprometo a entregar el inmueble asignado, en las mismas condiciones de la recepción, facultando a la Corporación me efectúe los descuentos que correspondan, por cualquier deterioro en los inmuebles o en el mobiliario existente, según el inventario.

DEPENDENCIA DEL SOCIO		FECHA SOLICITUD
CARGO	**ANEXO**	**CELULAR**

Comentario de la corporación

Firma Socio
Fecha de solicitud: / /

Corporación de Salud Santander
Fecha autorización: / /

Moneda 920, Piso 3, Oficina 303
Fonos: 22 648 46 54 - 22 647 62 08
Anexos: 84654 - 76208
e-mails: sisachcorsal@gmail.com / salud.corsal@santander.cl
www.corsal.cl