

Para que manifieste reconocimiento en agradecimiento a las atenciones recibidas por parte del establecimiento de salud de su Ente Gestor, llene y presente el siguiente formulario.
Muchas gracias.

Fecha de presentación

Día	mes	año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Departamento: Santa Cruz ENTE GESTOR: SEGURO SOCIAL UNIVERSTARIO SCZ
 Establecimiento: Profesional.....
 Servicio que brindo la atención

Relate el motivo de su reconocimiento en agradecimiento a las atenciones recibidas.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si lo desea, puede dejarnos sus datos personales para poder dar la respuesta adecuada a su interés, a la brevedad.

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS MATRICULA

TELEFONO O CELULAR FECHA DE NACIMIENTO

CORREO ELECTRONICO TITULAR BENFICIARIO

.....
FIRMA Y (Carnet de identidad)

Gracias por su colaboración, el Seguro Social Universitario de Scz., considerara y analizara su sugerencia.

Se garantiza el buen uso y confidencialidad de los datos en el presente formulario, cuyo objeto principal es la gestión de su solicitud y así mejorar la calidad de los servicios de salud.