

Queremos brindarle el servicio que Usted espera.

Para saber si estamos por buen camino y rectificar cada vez que sea conveniente, lo invitamos a colaborar con sus sugerencias. Muchas gracias.

Fecha de presentación

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

Departamento: Santa Cruz

ENTE GESTOR: SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

Establecimiento:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS	MATRICULA
TELEFONO O CELULAR	FECHA DE NACIMIENTO
CORREO ELECTRONICO	TITULAR <input type="checkbox"/> BENFICIARIO <input type="checkbox"/>

.....
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.