

Quito, _____ de _____ de _____

Señores
MEDICINA PREPAGADA CRUZBLANCA
Presente.

Ref: Solicitud Copia de Contrato

Yo _____ con documento de identidad No _____, como titular del contrato número _____, solicito se entregue copia de mi contrato de Prestación de Servicios de medicina Prepagada.

El motivo de mi solicitud es _____

Autorizo a _____ con documento de identificación No _____, para que retire los documentos solicitados.

Agradezco por la atención que se dé a la presente.

Atentamente,

Firma Titular

Nombre: _____

C.I. _____

Tel Conv; _____ Tel. Cel. _____

E-mail. _____

***Favor anexar copia de cedula de titular del contrato.**

QUITO

Gral. Salazar E11-115 y Av. 12 de Octubre
PBX: 2556445
E-mail: serciente-eps@cruzblanca.com.ec

GUAYAQUIL

Victor Emilio Estrada No. 710 entre Ficus y Guayacanes,
Urdesa Central, planta baja, edificio La Pirámide,
Teléfonos: (04) 4630670 / 4630671 Celular: 0996206670