



Corporación Servicio de Bienestar del Personal de Empresas de Servicios Sanitarios
Fono: 41- 2663606

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR REMUNERACIÓN

Yo, _____ cédula de Identidad _____, autorizo a la Corporación de Bienestar, a que me descuente en cuotas el porcentaje del Copago Final de cargo al socio/a por el programa de “Consultas Psicológicas”. El monto copago final a descontar, dependerá del sistema de salud de cada inscrito (Isapre/Fonasa), posteriormente se debe aplicar el porcentaje de cobertura del Seguro Complementario de Salud y luego de la Corporación de Bienestar.

NOMBRE PACIENTE INSCRITA (SOCIO/A O CARGA FAMILIAR)	
RUT PACIENTE INSCRITO (SOCIO/A O CARGA FAMILIAR)	
FECHA NACIMIENTO PACIENTE INSCRITA (SOCIO/A O CARGA FAMILIAR)	
EDAD PACIENTE INSCRITA (SOCIO/A O CARGA FAMILIAR)	
MAIL PACIENTE INSCRITA (SOCIO/A O CARGA FAMILIAR)	
TELÉFONO CONTACTO (SOCIO/A O CARGA FAMILIAR)	

-El horario de las consultas psicológicas será coordinado directamente por el Sanatorio Alemán con cada uno de los inscritos.

-El plazo de inscripción será desde el 05 de Octubre al 09 de Octubre, adjuntando esta autorización escaneada al correo inscripcion@bienestar-antilco.cl

FIRMA o Nombre Socio(a)

Concepción, Octubre de 2020.