



CMPS - ANEXO I

BENEFICIARIOS POR FALLECIMIENTO

Datos del Profesional Médico

Apellido y Nombres:
DNI N°:
Matrícula N°:
Dirección particular:
Dirección profesional:
Teléfono celular:
Correo electrónico:

Beneficiarios

Apellido y nombres:
DNI N°:
Vínculo:
Dirección particular:
Teléfono celular:
Correo electrónico:

Apellido y nombres:
DNI N°:
Vínculo:
Dirección particular:
Teléfono celular:
Correo electrónico:

Apellido y nombres:
DNI N°:
Vínculo:
Dirección particular:
Teléfono celular:
Correo electrónico:

Apellido y nombres:
DNI N°:
Vínculo:
Dirección particular:
Teléfono celular:
Correo electrónico:

Declaro bajo juramento que los datos emitidos son fidedignos y reales. -

Firma y Aclaración