

SOLICITUD DE AYUDA

Quimistán, Santa Bárbara

_____ Del mes _____ del _____

Sr. Juan José Guevara Escalante
Alcalde Municipal.

YO: _____ mayor de edad, con
tarjeta de identidad N° _____
Hondureño (a) vecino de este municipio con domicilio en
_____ solicito a usted

Agradeciendo la atención prestada.

Atentamente:

Solicitante

VB. Juan José Guevara Escalante
Alcalde Municipal

PASE MEDICO

Quimistán, Santa Bárbara

_____ del mes _____ de _____

A: Dr. Juana María Hernández _____

A: Hospital Gracias a Dios _____

A: Farmacia Vaver: _____

A: Laboratorio: _____

A: Clínica Periférica _____

A: Clínica Alfa y Omega _____

Nombre del Paciente:

Identidad N° _____

Remitido para:

Agradeciendo la atención prestada.

Atentamente:

Lucas Alfaro López
Supervisor de Proyectos Mpal

Sr. Juan Jose Guevara E.
Alcalde Municipal