



SOLICITUD DE REEMBOLSO VALOR ANTEOJOS OPTICOS

SUPERVISOR SR..... RUT N°

ROL N°.....DEPARTAMENTO.....N° DE SAP.....

BENEFICIARIO.....

De acuerdo a lo establecido en el beneficio Ayuda por Cristales Ópticos, Solicito la devolución de los siguientes valores correspondientes a la receta por anteojos Ópticos:

CRISTALES OPTICOS

VALOR

LEJOS \$.....

CERCA \$.....

CONTACTO \$.....

MULTIFOCALES \$.....

MARCOS

VALOR

LEJOS \$.....

CERCA \$.....

MULTIFOCALES \$.....

OPTICA.....

DIRECCION.....

Adjunto boleta de compraventa N°y receta con V°B° del Oftalmólogo correspondiente

Firma del Supervisor

RANCAGUA ____ de _____ del 201 ____

PARA USO EXCLUSIVO DE UNIDAD BIENESTAR

RECIBO

MONTO AUTORIZADO

FIRMA

FECHA

FECHA