

**BOLETA DE REGISTRO DE BENEFICIARIO PARA EL SERVICIO  
MÉDICO DE CANACODEA**

**DATOS DEL ASOCIADO A LA CÁMARA**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Número de Cédula: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Nombre del negocio: \_\_\_\_\_

Dirección exacta del negocio

Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL BENEFICIARIO DEL SERVICIO**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Número de Cédula: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**MÉDICO AL QUE SOLICITA EL SERVICIO**

San José ( ) Grecia ( ) Liberia ( ) Alajuela ( )