

**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 ()