



ORDEN DE ATENCIÓN

El Presidente Regional de AFIICH que suscribe, certifica que:

El señor(a).....,
es Asociado de la **Asociación de Fiscalizadores de Impuestos Internos de Chile AFIICH**, por lo que se autoriza atención dental de acuerdo a Convenio con **Plus Médica** para el (la) o su Familiar Sr.(a)(ta).....

Nombre Presidente Regional:

Dirección Regional:

Firma
Presidente Regional