



FORMULARIO APODERADO DE COBRO

DATOS DEL/A TITULAR

APELLIDO Y NOMBRE: _____

D.N.I. N°: _____

TIPO Y NÚMERO DE BENEFICIO _____

FIRMA

DATOS DEL/A APODERADO/A

APELLIDO Y NOMBRE: _____

D.N.I. N°: _____

VÍNCULO CON EL/LA TITULAR: _____

FIRMA