



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN CONVENIO FARMACIA AHUMADA

### Información del Titular (funcionario FACH)

- Nombre completo: \_\_\_\_\_
- Rut: \_\_\_\_\_
- Activo \_\_\_\_\_ Capredena \_\_\_\_\_
- Unidad: \_\_\_\_\_
- Correo Electrónico: \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_ Anexo: \_\_\_\_\_

### Información de los Beneficiarios:

Cónyuge e Hijos (Hasta 24 años) o Padres para los funcionarios solteros)

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	RUT	Parentesco

\_\_\_\_\_  
Firma Titular

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de suscripción