

Fondo de Fallecimiento

Carta Declaratoria

....., de del 20.....

Señor Presidente del Cuerpo Médico de SANNA
Clínica San Borja

Yo,
miembro activo del Cuerpo Médico de SANNA Clínica San Borja, formulo la presente carta declaratoria.

1. El fondo de fallecimiento que me corresponde como Miembro del Cuerpo Médico de SANNA Clínica San Borja, será entregado a la (los) beneficiaria (os) que indico:

Nombres y Apellidos

Parentesco

DNI

Celular

.....
.....
.....
.....
.....

2. Hago constar que el beneficio que otorgo es la fiel expresión de mi voluntad y en consecuencia nadie podrá variar su contenido.

DNI

Celular

Firma