Colegio de Médicos - Cirujanos de Puerto Rico
Fideicomiso de Ayuda al Colegiado y Familiares
PO Box 70169, San Juan, PR 00936 • Teléfono (787) 751-5979 • Fax (787) 281-7669
fideicomisocolegiado@colegiomedicopr.org

SOLICITUD DE SERVICIOS

Nombre: _____

Número de Licencia de Médico: _____ ☐ Activo ☐ Retirado

Teléfono: _____ Celular: _____

Email: _____

Dirección Postal: _____

_____

Descripción de la situación y Servicio Solicitado:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

De necesitar más espacio, puede utilizar la parte de atrás o adjuntar hojas adicionales.

Certifico que la información incluida en esta solicitud es cierta, correcta y completa, según mi mejor entender.

_____ _____

Firma del(la) Solicitante Fecha