

SOLICITUD DE RENOVACION DE CERTIFICADO DE AUTORIDAD DE ORGANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Fecha _____

A continuación se presenta la siguiente información para el trámite de la referida renovación:

Nombre de la Organización _____

Número de Seguro Social de la Organización _____

Dirección postal _____

Dirección del sitio de negocios _____

Teléfono _____

(Firma del Presidente o Vicepresidente)

(Nombre en letra de molde)

(Título)

NOTA: Envíe esta solicitud en original y dos copias, con los derechos correspondientes en cheque o giro postal pagadero a nombre del Secretario de Hacienda.