



ASOCIACIÓN DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DEL GRUPO ICE

PRÉSTAMO DE EQUIPO MÉDICO

Toda solicitud de préstamo de equipo médico sólo puede ser presentada por el asociado, sea activo o pensionado de la ASOBISO, quien deberá estar al día con el pago de sus cuotas.



FORMULARIO PARA SOLICITAR EL PRÉSTAMO DE EQUIPO MÉDICO

Fecha: _____

Yo _____, cédula _____ en mi

(Nombre completo)

calidad de asociado (adjuntar cédula), solicito el préstamo del siguiente equipo (marque con X):

- | | |
|--|--|
| ☐ Andadera (₡3.000.00/mes) | ☐ Bastón (₡2.000.00/mes) |
| ☐ Cama hospitalaria (₡10.000.00/mes) | ☐ Caminador de rodilla (₡5.000.00/mes) |
| ☐ Concentrador de oxígeno (₡10.000.00/mes) | ☐ Grúa de pacientes (₡10.000.00/mes) |
| ☐ Muletas (₡2.000.00/mes) | ☐ Silla de ruedas (₡5.000.00/mes) |
| ☐ Tanque de oxígeno (₡3.000.00/mes) | |

Otros datos del asociado:

Teléfonos: _____/_____/_____

Puesto y dependencia donde labora: _____

Persona que utilizará el equipo. (Favor adjuntar cédula y epicrisis o documento médico idóneo)

Nombre: _____

Cédula: _____ Edad: _____

Parentesco: _____

Dirección donde se ubicará el equipo: _____

Tiempo estimado de alquiler: _____ meses.

Datos del depósito correspondiente al primer mes de préstamo: CTA. IBAN BCR CR52015201001004603382

Documento: _____

Monto: _____

Fecha: _____

Solicito que los pagos siguientes se apliquen por (marque con X): ☐ Planilla ☐ Efectivo

Firma del solicitante:
