

PODER SIMPLE

RETIRO VALES DE GAS

SERVICIO DE BIENESTAR / 2026

Yo: _____

C.I. N°: _____

Autorizo a: _____

C.I N°: _____

Para retirar mis vales de gas desde el Servicio de Bienestar de Salud Municipal.

Dependencia de Salud: _____

El detalle de la compra es: _____

Firma funcionario que autoriza

Firma persona que retira

Fecha: ____ / ____ / ____.