

**PODER SIMPLE
RETIRO DE VALES DE GAS
SERVICIO DE BIENESTAR / 2025**

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: ____ / ____ / ____.