



**Cooperativa
de Electricidad
de Zárate**

SOLICITUD DEL BANCO ORTOPEDICO

APELLIDO Y NOMBRE:.....USUARIO N°

EDAD:.....PESO:.....TALLA:.....

DIAGNOSTICO:.....

ELEMENTO SOLICITADO:.....

TIEMPO DEL PRESTAMO:.....

FECHA DE SOLICITUD

.....
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL



**Recuerde presentar esta Solicitud con firma y sello del médico que lo indica, junto con la fotocopia del DNI del solicitante y garante. En nuestra sede deberá completar un Comodate para poder retirar el elemento.
Es necesario estar al día en el pago del servicio eléctrico y en el del Servicios Sociales.*