Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doctor

Alfredo Corral Ponce

DIRECTOR GENERAL (E)

**SOCIEDAD DE AUTORES Y COMPOSITORES DEL ECUADOR “SAYCE”**Ciudad. -

REF: DERECHO DE PETICIÓN DE AYUDA MÉDICA PARA COMPRA DE MEDICAMENTOS, PRACTICAR EXAMENES, CIRUGÍA MEDICA, ETC.

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, haciendo uso del derecho de petición y de acuerdo a lo establecido en la Sección Cuarta del Reglamento de Acción Social, que dice: **Ayuda Médica para socios por servicios no cubiertos por el Seguro de Salud**, solicito a usted se sirva autorizar una ayuda médica por este concepto, por el valor de $……………………., para lo cual adjunto certificado del médico tratante y los respectivos documentos que respaldan mi solicitud. (Facturas, recetas, pedido de exámenes y resultados, etc.) Informo también que, tengo afiliación al IESS: Sí ( ) No ( ) y/o cuento con Seguro Privado Sí ( ) No ( ) Cuál \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**DATOS PARA LA TRANSFERENCIA BANCARIA**

**A la cuenta del socio ( ) A la cuenta de un tercero ( )**

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución bancaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Cta.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Corriente ( ) Ahorros ( )

Número telefónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma