

NOMBRE DEL PATRONO: _____

Nº. PATRONAL: _____

Para uso exclusivo del I.S.S.S.	Para uso exclusivo del I.S.S.S.
NOMBRES	FIRMAS



Firma y Sello Patronales

Nombre del que firma

Departamento de Servicios Médico-Hospitalarios
REGISTRO DE FIRMAS
PARA CERTIFICADOS PATRONALES DE ASISTENCIA MEDICA