



**ENTIDADES ASISTENCIALES DE SALUD
FORMULARIO RENUNCIA**

A. IDENTIFICACION ENTIDAD:

RUT ENTIDAD: _____
NOMBRE-RAZÓN SOCIAL: _____
NOMBRE DE FANTASÍA: _____
Correo electrónico de contacto: _____

B. SOLICITA RENUNCIA:

Por la presente, solicito al Fondo Nacional de Salud aceptar renuncia voluntaria a mi condición de Prestador inscrito en el Rol de la Modalidad de Libre Elección (MLE), de acuerdo a lo establecido en el Convenio suscrito con dicho Fondo, misma que presento en la forma que el Convenio establece.

MOTIVOS: _____

C. FIRMAS RESPONSABLES DE SOLICITUD:

Nombre Representante Legal (RL) _____ Firma (RL) _____

(*)Nombre Representante Legal (RL) _____ Firma (RL) _____

Fecha Solicitud ____/____/____

(*) Utilizar sólo en caso de existir más de un RL