



**ENTIDADES ASISTENCIALES DE SALUD
FORMULARIO RENUNCIA**

A. RECEPCION		(USO EXCLUSIVO FONASA)	
FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FOLIO/Nº CORREL.	<input type="text"/>	DIRECCIÓN ZONAL	<input type="text"/>

B. IDENTIFICACION ENTIDAD:	Nº RUT	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
NOMBRE - RAZÓN SOCIAL -----				
NOMBRE DE FANTASÍA -----				

C.-SOLICITA RENUNCIA:	<input type="checkbox"/>	
<p>Por la presente, solicito al Fondo Nacional de Salud aceptar renuncia voluntaria a mi condición de Prestador inscrito el Rol MLE, de acuerdo a lo establecido en el Convenio suscrito con ese Fondo, misma que presento en la forma que dicho Convenio establece.</p>		
<p>MOTIVOS: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
Nombre Representante Legal	Firma R.L.	Fecha