

Planilla 4. AUDITORÍA CENTRAL

A ser completada y firmada por el auditor del Área de Adultos Mayores de IOMA

APELLIDO Y NOMBRE del afiliado: _____

Nº de afiliado: _____ Nº de trámite _____

ENFERMEROS AUTORIZADOS POR LA PRESENTE AUDITORIA/

[illegible]

Firma y sello del auditor regional

Fecha / / .