



SOLICITUD DE DESAFILIACION AL SERVICIO DE BIENESTAR

FECHA: _____

ANTECEDENTES AFILIADO	
NOMBRE	RUT
ESTABLECIMIENTO	
CELULAR	ANEXO
EMAIL	
POR MEDIO DEL PRESENTE Y DECLARANDO NO TENER COMPROMISOS DE PAGO NI DEUDAS PENDIENTES CON EL BIENESTAR, SOLICITO POR SU INTERMEDIO AL CONSEJO ADMINISTRATIVO, ACEPTO MI VOLUNTARIA E INFORMADA RENUNCIA POR EL SIGUIENTE MOTIVO:	

FIRMA SOLICITANTE

USO EXCLUSIVO SERVICIO DE BIENESTAR:

FECHA DE RECEPCION _____

AFILIADO MANTIENE PAGOS Y COMPROMISOS AL DIA:	
SI	SE HACE EFECTIVA LA RENUNCIA A CONTAR DE:
NO	MANTIENE PENDIENTE PAGOS DE :
	RENUNCIA SE HARA EFECTIVA A CONTAR DE :
FECHA EN QUE SE DA RESPUESTA A AFILIADO:	