



## SOLICITUD DE ATENCIÓN EN CONSULTORIO

Buenos Aires ..... de .....

Empresa: .....

Sucursal / Centro de Costos: .....

Empleado/a: .....

DNI.: .....

Motivo de la Consulta:

Observaciones: .....  
.....  
.....  
.....

Enviar este formulario por e-mail a:

[consultorios@alfamedicasrl.com.ar](mailto:consultorios@alfamedicasrl.com.ar) y/o [alfamedica@alfamedicasrl.com.ar](mailto:alfamedica@alfamedicasrl.com.ar)

Caso contrario el trabajador deberá entregar el mismo al momento de presentarse en nuestro Centro Médico en Rodríguez Peña 237.

.....  
Firma y aclaración

