



SOLICITUD CAMBIO PERFIL TELEFONICO

1. Anexo Red MINSAL

2. Departamento/Unidad/Oficina

3. Responsable directo del Teléfono

Nombres

Apellidos

SOLICITAMOS AUTORIZAR EL SIGUIENTE PERFIL:

Seleccione una opción:

<input type="checkbox"/>	Anexo			
<input type="checkbox"/>	Anexo	Local		
<input type="checkbox"/>	Anexo	Local	LDI	
<input type="checkbox"/>	Anexo	Local	Celular	
<input type="checkbox"/>	Anexo	Local	Celular	LDI

Justificación:

Firma y Timbre Jefatura Responsable

Vº Bº Depto. Subdir. Administrativo
Hospital Base Osorno