

**Dirección Técnica de Prestaciones
Prestaciones de Salud
NOTIFICACIÓN ÓPTICA**

LOCALIDAD		FECHA	
------------------	--	--------------	--

**SISTEMA PROVISIÓN DE LENTES PARA BENEFICIARIOS MENORES
DE GERENCIA PRESTACIONES DE SALUD (CRENADECER)**

N° PROVEEDOR			
NOMBRE DE LA ÓPTICA			
RAZÓN SOCIAL			
DOMICILIO			
TELÉFONO		FAX	
CORREO ELECTRÓNICO			

En el día de la fecha se notifica a la Óptica en cuanto al procedimiento para el suministro de lentes para beneficiarios de CRENADECER por este Sistema.

En este acto manifiesta su adhesión al Sistema

..... Para constancia firma C.I.
Aclaración de firma.....	

.....
Firma y N° del Funcionario actuante