

## PEDIDO DE AUTORIZACIÓN

Fecha: ..... Lugar: .....

**AFILIADO** .....

N°: .....

**PLAN** .....

**TIPO DE PRESTACIÓN** .....

Agradeciendo su atención, se solicita complete la información que se le requiere a continuación, para la autorización correspondiente.

Se solicita autorización para la atención de ..... sesiones psicológicas correspondientes al mes de ..... año .....

### DÍA DE ATENCIÓN

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### FIRMA CONFORMIDAD DEL AFILIADO

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



Firma Profesional (Mat.)

**AUTORIZACIÓN AMFFA SALUD**