



Datos a completar

Sr. Presidente de I.O.S.P.E.R.

S / D

Por la presente me dirijo a ustedes con el propósito de solicitarle la provisión de OXIGENO DOMICILIARIO / CPAP / MOCHILA, dado que son indispensables para mi subsistencia; detallando a continuación mis datos personales

Apellido	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Edad	<input type="text"/>	Sexo	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
		Tipo y número de documento	DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Domicilio	<input type="text"/>		
Localidad	<input type="text"/>	Teléfono	( <input type="text"/> ) <input type="text"/>
E - mail	<input type="text"/>		

Sin otro particular lo saluda atte.

-----  
Firma y Aclaración

Fecha

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------