

**SOLICITUD DE CABAÑAS**  
*SECTOR LAS TRANCAS*

Chillán, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, Rut N° \_\_\_\_\_,  
Dependiente de la Dirección de \_\_\_\_\_, Teléfono de  
contacto \_\_\_\_\_, solicita se le autorice el uso de Cabañas, ubicadas en Sector Las  
Trancas, comuna de Pinto.

Por \_\_\_\_\_ días desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Forma de Pago (marque con una X):

Descuento por Planilla		Pago al Contado	Transferencia	
			Dinero en efectivo	

Última fecha que hice uso de cabañas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA SOCIO

OBSERVACIÓN: El pago vía transferencia al Servicio de Bienestar Municipal corresponde al Banco BCI Cuenta Corriente: 67065970, RUT. 69.140.900-7, enviar comprobante de Transferencia al correo: bienestar@municipalidadchillan.cl indicando nombre del socio.

**USO EXCLUSIVO SERVICIO DE BIENESTAR**

FECHA RECEPCIÓN DE SOLICITUD : \_\_\_\_\_

SE AUTORIZA CABAÑA N° : \_\_\_\_\_

FORMA DE PAGO:

Descuento por Planilla	N° Cuotas			
	Desde el mes		Hasta	
	Valor cuota			

Pago Directo	Transferencia	
	Efectivo	

**V°B° SERVICIO DE BIENESTAR**