



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 e 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

SERVICIO DE BIENESTAR

Herminda Martín N°555, 2° piso

Fonos: 42 2 433322 - 42 2 433306 - 42 2 433323, correo Electrónico: bienestar@municipalidadchillan.cl