

SECCIÓN G

PRÉSTAMOS			
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	SALDO ORIGINAL	SALDO ACTUAL	PAGO MENSUAL
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
		TOTAL	\$

SECCIÓN H

FACTURAS MÉDICAS	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO MÉDICO	PAGO MENSUAL
	\$
	\$
	\$
	TOTAL
	\$

RESUMEN			
CAJA DE AHORROS (INSTITUCIÓN/NRO. DE CUENTA)	\$	SECCIÓN A	\$
		SECCIÓN B	\$
CUENTA CORRIENTE (INSTITUCIÓN/NRO. DE CUENTA)	\$	SECCIÓN C	\$
		SECCIÓN D	\$
FONDOS COMUNES DE INVERSIÓN (INSTITUCIÓN/NRO. DE CUENTA)	\$	SECCIÓN E	\$
		SECCIÓN F	\$
FONDOS DEL MERCADO MONETARIO (INSTITUCIÓN/NRO. DE CUENTA)	\$	SECCIÓN G	\$
		SECCIÓN H	\$
		SECCIÓN B a H	\$
PÓLIZA DE SEGURO (INSTITUCIÓN/NRO. DE CUENTA)	\$	INGRESO DISPONIBLE TOTAL (B a H MENOS A)	\$
			\$

PROPUESTA		
	APROBACIÓN	FECHA
CONTRATO DE PAGO EN CUOTAS	PERSONAL DE CUENTAS DE PACIENTES/ACCESO DE PACIENTE	
SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA	DIRECTOR DE SERVICIOS FINANCIEROS PARA EL PACIENTE	
ATENCIÓN DE CARIDAD	VICEPRESIDENTE DE FINANZAS SÉNIOR/DIRECTOR FINANCIERO	
	PRESIDENTE	

FIRMA _____

FECHA _____

Nro. de fax: 610-778-9272