**ANEXO N°2: Carta para Solicitud de Inscripción**

Fecha:

Doctor

Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jefatura Médica- Área Regional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Red de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Seguros

Estimado señor:

Como representantes de la empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cédula jurídica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hemos leído y analizado las disposiciones para la inclusión de un consultorio médico en el Programa de Consultorio Médico Laboral- INS, que fue suministrado por la Red de Servicios de Salud, y hemos definido el deseo de participar en el mismo, por lo que solicitamos se evalúe nuestra compañía para ingresar en el convenio. Con esta nota manifestamos la aceptación y compromiso de cumplir con las disposiciones que regulan el convenio y lo estipulado para el funcionamiento adecuado.

Declaro que los datos suministrados en el Formulario de Inscripción son veraces de la situación actual de la empresa.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gerente General de la Empresa

Nombre y Cédula:

Correo:

Teléfono:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable del Consultorio Médico Laboral

Nombre y Cédula:

Correo:

Teléfono: