



AXTLA DE TERRAZAS, S.L.P. A ____ DE _____ DE 2009

VALE DE MEDICAMENTO

RECIBI DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF: _____

NOMBRE DE LA PERSONA: _____

DOMICILIO: _____

FECHA: _____

SOLICITANTE

FIRMA PTA. DEL DIF

NOMBRE Y FIRMA

C. Sra MA. DEL ROSARIO SANCHEZ DE A.

*Este vale solo es
valido con la firma y sello del DIF.*