

**SOLICITUD DE OTORGAMIENTO DE PRESTACIÓN CONTRACTUAL DEL ARTÍCULO 48**

**ARTÍCULO 14 CCT AYUDA DE LENTES**

48-AL	FOLIO	
	FECHA	

**DATOS DEL TRABAJADOR**

NÚMERO DE EMPLEADO	NOMBRE DEL TRABAJADOR			
PUESTO	ADSCRIPCIÓN			
AÑOS DE SERVICIO	FECHA DE INGRESO AL CECYTENL	DIA	MES	AÑO

**COMO COMPROBACION DE MI DERECHO PRESENTO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:**

**DATOS DEL MÉDICO TRATANTE Y RECETA**

NOMBRE DEL MÉDICO:
DOMICILIO DONDE LABORA:
INSTITUCIÓN A LA QUE SIRVE:

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE DEL PACIENTE ATENDIDO:
TRATANDOSE DE BENEFICIARIO.- PARENTESCO

**DATOS DE LA FACTURA DE COMPRA**

FACTURAS No.		NOMBRE DE LA EMPRESA	
FECHA			

\*NOTA: EL CECYTENL Y EL SUTCEYTENL SE RESERVAN EL DERECHO A VERIFICAR LA AUTENTICIDAD DE LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS

**LUGAR Y FECHA**

**SOLICITANTE**

**SINDICATO**

**CECYTENL**

NOMBRE Y FIRMA
----------------

NOMBRE Y FIRMA
----------------

NOMBRE Y FIRMA
----------------