

SOLICITANTE			
Nombre instituto	IFER		
Domicilio	Marcelo T. de Alvear 2259		
Localidad	CABA		
Fecha de emisión	Día	Mes	Año
Médico solicitante			

DATOS DEL AFILIADO/ PACIENTE			
Nombre y apellido			
Tipo y número de documento		Edad	
Domicilio			
Localidad			
Teléfono			

Obra social/ prepaga			
Número de afiliada/o		Plan	

SERVICIO SOLICITADO

PAGO DE MUESTRA (marcar lo que corresponda)	
Abona IFER a CRYOBANK	<input type="checkbox"/>
Abona Obra Social a CRYOBANK	<input type="checkbox"/>
Paciente particular	<input type="checkbox"/>

PAGO DE ENVÍO (marcar lo que corresponda)	
Abona IFER a CRYOBANK	<input type="checkbox"/>
Abona Obra Social a CRYOBANK	<input type="checkbox"/>
Paciente particular	<input type="checkbox"/>
Retira la muestra por CRYOBANK	<input type="checkbox"/>

Firma y aclaración representante de IFER	Firma y aclaración del afiliado/ paciente
--	---

**La presente es una autorización para fines puramente administrativos.
La misma debe ser presentada por el/la afiliado/a en la entrevista en Cryobank
ya firmada por el instituto solicitante (IFER).**