



FM-AU18  
REV.4

Fecha de solicitud \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Información personal del Promotor	
Nombres	
Apellidos	
No. de Cédula	
No. de Teléfono	
Dirección personal	
Correo Electrónico	
Sucursal donde le gustaría retirar su carnet	<input type="checkbox"/> Principal, Santo Domingo <input type="checkbox"/> GOB Sambil <input type="checkbox"/> Principal Santiago <input type="checkbox"/> GOB Mega Centro <input type="checkbox"/> GOB Occidental Mall <input type="checkbox"/> GOB Santiago <input type="checkbox"/> GOB Colina Centro

Datos de la ARS con la cual tiene contrato de exclusividad ( si aplica)	
Nombre de la ARS	
Teléfono	
Supervisor Inmediato	

\_\_\_\_\_  
Firma (igual que la mostrada en la cédula)