Medellín, _____ de 20__
Señores
ESE HOSPITAL LA AMRIA
La ciudad

Yo _____ identificado (a) con c.c. _____ de _____ me dirijo a ustedes para solicitarles la devolución de un pago efectuado el día ____ de _____ de 20__ correspondiente al recibo de caja Nº _____ por concepto de _____

Anexo Recibo de pago y copia de la cédula de quien realizó el trámite.

NOTA: Para la devolución es indispensable presentar el recibo de pago original.

Motivo de la devolución:
_____
_____

Cordialmente, _____

Recibe Radicación:
Tesorero(a) _____ Vo.Bo._____

Datos de información de quien recibe el dinero para realizar devolución:
Firma:_____
Nombre:_____
Cédula:_____

Entidad Bancaria: _____
Datos de Contacto Nº de cuenta: _____
Dirección: _____
Tipo de cuenta: Ahorros__ Corriente__
Teléfono: _____