

FORMULARIO SOLICITUD COPIA DE CONTRATO

Departamento de Contrataciones

| Información del Proveedor |
|--|
| Nombre del Proveedor: _____ |
| NPI: _____ |
| Teléfono: _____ |
| Nombre de personal autorizado (si aplica): _____ |
| Email: _____ |
| Línea de negocio a la cual solicita copia |
| _____ Triple S Salud Comercial |
| _____ Triple S Salud Vital |
| _____ Triple S Advantage |

Fecha: _____

Firma del Proveedor: _____

Firma del Personal Autorizado (si aplica): _____