

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA DEFENSA  
VICIMINISTERIO DE SERVICIO  
DIRECCION GENERAL DE EMPRESAS Y SERVICIOS  
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DE LA FUERZA ARMADA  
GERENCIA DE DROGUERIA Y FARMACIA  
PUNTO DE ENTREGA DE MEDICINAS N° 10**

**AUTORIZACIÓN DEL AFILIADO**

Quien suscribe Afiliado \_\_\_\_\_ C.I. N°. \_\_\_\_\_,  
por medio del presente autorizo al ciudadano (a) \_\_\_\_\_  
C.I. N° \_\_\_\_\_, a retirar ante el Punto de Entrega de Medicinas N° 10, los  
**MEDICAMENTOS** que se mencionan en el récipe anexo.

Asimismo, me comprometo a consignar los Documentos exigidos, para cumplir todos los requisitos que faciliten obtener el beneficio en cuestión, en la intención de coadyuvar al mejor desarrollo y transparencia del Convenio que favorece a toda la Familia Militar.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA AUTOGRAFIADA DEL AFILIADO  
O HUELLAS DACTILARES DE AMBOS  
PULGARES, CUANDO LO AMERITE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA AUTOGRAFIADA DEL AUTORIZADO**

➤ Documentos a Consignar:

- COPIA VIGENTE DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL AFILIADO Y EL AUTORIZADO
- COPIA DEL CARNET DEL AFILIADO VIGENTE O CONSTANCIA DE TRAMITACIÓN DEL CARNET ANTE EL IPSFA.