Paraná, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de **\_\_\_\_\_\_**

***A la Coordinación del***

***Programa Federal Incluir Salud***

***SU DEPACHO:***

Por medio de la presente me dirijo a usted a los finesde solicitarle se me efectúe el pago de la prestación de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***,*** efectuado a la beneficiaria/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el mes de \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Saluda atte.

FIRMA Y ACLARACION