

**APOYO COMBUSTIBLE**

REQUISITOS

**2 COPIAS:**

* CURP DE SOLICITANTE Y PACIENTE.
* CREDENCIAL DEL SOLICITANTE
* COMPROBANTE DE DOMICILIO DE SOLICITANTE.
* DIAGNÓSTICO MÉDICO (PACIENTE).
* TARJETA DE CITAS (PACIENTE)
* NO. PLACAS DE VEHÍCULO
* MODELO, COLOR Y MARCA.

TELÉFONOS 4686882331 O 4686882281 EXT.101 O 105.

CORREO ELECTRÓNICO: oficialiamayorslpz@gmail.com