



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

"Luz, Ciencia y Verdad"



DIRECCIÓN GENERAL DE
FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN

COORDINACIÓN GENERAL
DE SERVICIOS DE SALUD

FORMATO: RJ-2

MERIDA YUC., A _____ DE _____ 20_____

RECIBI DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE YUCATAN LA CANTIDAD DE
\$_____ (SON: _____)

POR CONCEPTO DE RECUPERACION PARCIAL DE GASTOS POR

PARA _____.

(Nombre del paciente)

NO OMITO MANIFESTAR QUE SOY PERSONAL JUBILADO CON _____ % A FAVOR.

R E C I B I

Nombre del jubilado: _____

Clave: _____

Dentro de los próximos 15 días de la fecha de pago señalada en el contrarecibo (CR) debe acudir a la Caja General (Campus Administración Central UADY) para recibir el cheque de su reembolso. De no acudir en ese periodo el cheque será cancelado y deberá reanudar el trámite.

AUTORIZO

M.A. Elsy del Carmen Mezo Palma
Directora General de Finanzas y Administración

IMPORTANTE: Deberá anexar a este formato una carta exponiendo el motivo de la solicitud del reembolso. (No aplica para accesorios de Ortopedia).