



DESIGNACIÓN VOLUNTARIA DE BENEFICIARIOS

REGLAMENTO DEL FONDO DE AYUDA MUTUA - FAM

ANEXO N° 1

Yo.....,
enfermera(o), colegiada(o) y habilitada(o) para el ejercicio profesional con Cep
domiciliada(o) en

..... Distrito.....

Región _____ con fecha de la solicitud de'.....

Declaro: que instituyo y nombro adjudicatario(s) del beneficio por fallecimiento que
otorga el Fondo de Ayuda Mutua (FAM) del Colegio de Enfermeros del Perú (Consejo
Regional III de Lima Metropolitana) a:

Nombres y Apellidos	Parentesco	Porcentaje
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Me someto a lo prescrito en el Reglamento del FAM del Colegio de Enfermeros del

FIRMA DEL INSTITUYENTE
(Miembro de la Orden) CEP

Teléfono.....

Celular.....