

**FORMATO 5 ASIGNACION DE CASCO DE SEGURIDAD**

|                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ASIGNACION DE CASCO</b><br><br>FECHA _____ |  <br>OFFICIAL MEDICAL CENTRE |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

YO \_\_\_\_\_ ME COMPROMETO A CUIDAR Y PORTAR CORRECTAMENTE EL CASCO DE SEGURIDAD MIENTRAS DURE EL TRAYECTO DE ENTREGA A DOMICILIO, ACTUANDO EN TODO MOMENTO CON RESPONSABILIDAD Y MANTENIENDO LA IMAGEN DEL MISMO EN BUENAS CONDICIONES.

| CARACTERISTICAS |  | OBSERVACIONES |
|-----------------|--|---------------|
| MARCA           |  |               |
| TIPO            |  |               |
| MODELO          |  |               |

YO \_\_\_\_\_ RECIBO EL CASCO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES Y ME HAGO RESPONSABLE DE MANTENERLO Y CUIDARLO ASI COMO DE REPARAR EL DAÑO DEL MISMO SIEMPRE Y CUANDO NO ESTE CONSIDERADO COMO UN ACCIDENTE DE HECHO TERRESTRE Y/O TRANSITO.

| ACCESORIOS    | OBSERVACIONES |
|---------------|---------------|
| MICA          |               |
| FORRO INTERNO |               |
| BROCHES       |               |
| PINTURA       |               |

AUTORIZA

\_\_\_\_\_  
L.F.SANDRA LUCIA VAZQUEZ  
RESPONSABLE DE FARMACIA

ENTREGA

\_\_\_\_\_  
C.FERMIN CRUZ SANTIGO  
RESPONSABLE DE REPARTO

RECIBE

\_\_\_\_\_  
CONDUCTOR