

Saltillo, Coah., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**C.C.P. JUANA MARIA NAVA RAMOS,  
RESPONSABLE DEL DEPARTAMENTO DE CUENTAS POR COBRAR  
DEL SERVICIO MÉDICO.  
P R E S E N T E.-**

Por medio del presente solicito a Usted tenga a bien revisar el descuento que por concepto de **ATENCIÓN MÉDICA Y/O MEDICAMENTO** se realizó a mi persona C. \_\_\_\_\_ con Exp. \_\_\_\_\_ en la(s) quincena(s) \_\_\_\_\_.

Por lo anterior, proporciono a usted(es) copia de los talones de cheque donde se realizó el descuento. De encontrarse que dicha deducción es indebida solicito a Usted la devolución de la misma, por lo que proporciono número de cuenta \_\_\_\_\_, clave interbancaria \_\_\_\_\_ del banco \_\_\_\_\_ para el depósito correspondiente.

En caso contrario de proceder el descuento y hecha la aclaración agradeceré me sea notificado el resultado de la misma al Tel. \_\_\_\_\_.

Sin otro particular por el momento, me despido quedando en espera de su respuesta.

Atentamente,

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma