

DECLINACION DE OFERTA DE TRATAMIENTO MEDICO

Yo, _____, declino oferta de tratamiento medico esta fecha de _____ por herida(s) sostenidas la fecha de _____.
Estoy consciente que mi compañía de empleo, _____ no será responsable por ningun gasto medico a menos que sea especificamente aprobado por mi compañía de empleo, _____.

Fecha

Firma del Empleado