



# Triad Adult & Pediatric Medicine

*Focused on Excellence, Devoted to Care*

## Carta de Apoyo

A quien le interese:

Yo \_\_\_\_\_ afirma eso:

(Escriba el nombre de la persona que brinda apoyo)

Brindo apoyo para \_\_\_\_\_ (*Nombre del afiliado*)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

North Carolina Condado de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, el notario abajo firmante debidamente juramentado compareció ante mí, dice que la información provista en este documento es verdadera tal como está escrita a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Notary Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

Mi Comisión Expira el: \_\_\_\_\_

(Seal)

Providing comprehensive  
healthcare with compassion &  
respect to our community.