

Certificado de Entrenamiento

Nombre: _____

Quién es un: Empleador CDS

Representante Designado del empleador de CDS

Nombre del cliente: _____

**Yo atesto de que vi el Video de Consumer Direct
Care de la Políza EVV de la red en su totalidad en**

Fecha de entrenamiento *: _____

Firma: _____

(Firma del Empleador/Representante Designado)

Recibe este Certificado por



* Esta capacitación se requiere inicialmente y luego anualmente.
Este certificado expirará un año después de la fecha de finalización de la capacitación.



10823

