

AUTORITZACIÓ PER ACTUAR EN NOM D'UNA ALTRA PERSONA

En/na amb DNI
CIP..... i domicili a, província de
....., Carrer/Av./Plaça.....
Número, pis porta Codi postal

AUTORITZO A:

En/na amb DNI
CIP..... i domicili a, província de
....., Carrer/Av./Plaça.....
Número, pis porta Codi postal

A fer un tràmit/gestió en nom meu a l'Hospital Universitari de Bellvitge.

I perquè així consti, i als efectes oportuns, signo el present document

Signatura de la persona autoritzant

Lloc i data

Aquest document s'haurà d'acompanyar de fotocòpia del DNI de la persona representada i del representant i la seva validesa es limita a aquesta petició.