

AUTORIZACIÓN PARA ACTUAR EN NOMBRE DE OTRA PERSONA

Sr./Sra. con DNI
CIP.....y domicilio en, provincia de,Calle/Av./Plaza.....
Número, piso puerta Código postal

AUTORIZO A:

Sr./Sra. con DNI
CIP.....y domicilio en, provincia de,Calle/Av./Plaza.....
Número, piso puerta Código postal

A realizar un trámite/gestión en mi nombre en el Hospital Universitari de Bellvitge.

Y para que así conste, y a los efectos oportunos, firmo el presente documento

Firma de la persona que autoriza

Lugar y fecha

Este documento se tendrá que acompañar de fotocopia del DNI de la persona representada y del representante, y su validez se limita a esta petición.