



FULL AUTORITZACIÓ

Jo,

amb número DNI/NIE/passaport

autoritzo a el/la senyor/a

amb número DNI/NIE/passaport

per tal que actuï en el meu nom per poder fer les gestions pertinents a la
Departament de Documentació Mèdica de Clínica Girona.

Signat:

Signatura persona autoritzada:

Lloc i Data:

DOCUMENTS A ADJUNTAR:

- DNI TITULAR
- DNI PERSONA AUTORITZADA