

Autorización al Colegio de Médicos de Ourense

Yo, (nombre y apellidos de la persona)

con DNI, pasaporte u otro documento de identidad:

y con dirección en: _____

Código Postal: _____ *Población-Municipio:* _____

Teléfono: _____

Autorizo al Colegio de Médicos de Ourense a presentar en mi nombre mi Documento de Instrucciones Previas ante el Registro Gallego de Instrucciones Previas

En Ourense, a ____ de _____ de 20____

Para que conste, firmo: