

Autorización ao Colexio de Médicos de Ourense

Eu, (nome e apelidos da persoa)

con DNI, pasaporte ou outro documento de identidade:

e con dirección en:

Código Postal: _____ . Poboación-Municipio: _____

Teléfono: _____

Autorizo ao Colexio de Médicos de Ourense a presentar no meu nome o meu Documento de Instrucións Previas ante o Rexistro Galego de Instrucións Previas

En Ourense, a _____ de _____ de 20_____

Para que conste, asino: