



Ministerio de Salud

CARTA MANDATARIO

.....de.....de 2024

El/La que suscribe.....
(Apellido y Nombre)

D.N.I./C.I./L.E..... F. de Nacimiento/...../..... Telefono.....

Solicito provisión de medicación para Menor o Mayor sin Firma

Apellidos.....Nombres.....

D.N.I.....Edad.....Vinculo con quien suscribe.....

A los efectos que pudiera corresponder, designo mandatario a Sr./a

Nombre.....Apellidos.....

D.N.I./C.I./L.E.....Teléfonos

OTROS TELEFONOS DE NOTIFICACION.....

.....
Mandatario (quien tramita)

.....
**Firma de Titular / Solicitante
o Adjunta Nota de Apoderado**

**Deberá adjuntarse fotocopia de DNI de Titular y/o solicitante y mandatario.
En caso de que el titular mayor este imposibilitado de firmar, se deberá
Adjuntar documentación que acredite al Apoderado Legal.**