



AUTORIZACIÓN

En Santiago con fecha _____ Yo _____
con Cédula de Identidad _____ autorizo a _____
con RUT _____ a retirar mis exámenes de _____
realizados en el Instituto Oncológico de la Fundación Arturo López Pérez.

Adjunto a este poder, se presentará una fotocopia de mi Cédula de Identidad por ambos lados, que certifica la veracidad de este documento.

Firma Paciente

Firma persona autorizada