

CARTA PODER

Montevideo,

Quien suscribe (nombre y C.I.), con domicilio en (...) de la ciudad de (...), por la presente carta poder autorizo a (nombre, C.I.) con domicilio en (...) de la ciudad de (...), para que actuando en mi nombre y representación, realice todas las gestiones necesarias para afiliarme al prestador integral de salud (indicar prestador de salud al cual se realizará la afiliación) Queda facultado expresamente a suscribir toda la documentación que resulte necesaria y a realizar todo trámite que le requiera la Institución ante la cual se tramite la afiliación.

Declaro asimismo mi libre e informada elección del prestador mencionado, no habiendo percibido dinero u otra ventaja equivalente (artículo 3° Decreto 390/017).

Esta carta poder se considera vigente y válida únicamente para la realización del acto encomendado.

Se solicita al Esc. (...) su intervención notarial.