



AUTORITZACIÓ PER A LA TRAMITACIÓ DE LA TARGETA SANITÀRIA

(Nom i llinatges de la persona interessada)

amb DNI/NIE núm. _____

AUTORITZ,

(Nom i llinatges de la persona autoritzada)

amb DNI/NIE núm. _____, a dur a terme totes les gestions necessàries per a la tramitació de la targeta sanitària.

_____, _____ de _____ de _____

La persona interessada

La persona autoritzada

CENTRE DE SALUT DE _____

- Aquest document ha d'anar acompanyat de la fotocòpia del DNI/NIE, en vigor, de la persona sol·licitant.
- La persona autoritzada ha d'acreditar la seva identitat en el mostrador de l'admissió.