



Institut
d'Assistència
Sanitària

Parc Hospitalari Martí i Julià
Unitat de Documentació Mèdica

C/ Doctor Castany, s/n
17190 Salt (Girona)
T. 972 182 600 ext: 1060
www.ias.cat – arxiu@ias.cat

FULL AUTORITZACIÓ

Jo,

amb número DNI/NIE/passaport

autoritzo a el/la senyor/a

amb número DNI/NIE/passaport

per tal que actuï en el meu nom per poder fer les gestions pertinents a la Unitat de Documentació Mèdica de l'Institut d'Assistència Sanitària.

Signat:

Signatura persona autoritzada:

Lloc i Data:

DOCUMENTS A ADJUNTAR:

DNI TITULAR

DNI PERSONA AUTORITZADA