

A LA AUTORIDAD PERTINENTE

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**APELLIDOS:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

Autorizamos al paciente indicado a venir al **CENTRO MEDICO CONDE ORGAZ**, sito en Calle José Rizal, 119 a recibir atención médica solicitada.

Así mismo indicamos que el paciente en caso de tener que venir acompañado debe acreditar la idoneidad del mismo.

Cualquier duda que le surja a la autoridad solicitante puede comprobarla en el teléfono **913884434** o en el email **pacientes@centromedicopinar.es**.



Carlos García  
Dirección

