

**AUTORIZACIÓN REPRESENTANTE
PARA TRAMITACIÓN CAMBIO A POVISA**

D./Dña
con DNI....., en mi propio nombre, autorizo
de forma expresa a D./Dña.....
con DNI para que realice
todos los trámites necesarios para solicitar la elección de Hospital Ribera
Povisa como hospital de referencia provisor de mi asistencia sanitaria
especializada.

Y en prueba de conformidad, y para que surta los efectos oportunos, presto la
presente autorización en Vigo, a de de
.....

Firma: D./Dña.