

POR LA PRESENTE AUTORIZO A LA SRA. MARIA DE LAS MERCEDES VIÑA, DNI. 11.607.707 A PRESENTAR LA DOCUMENTACION CORRESPONDIENTE A MI INSCRIPCION EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES, Y A RETIRAR EL CERTIFICADO ORIGINAL DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

FIRMA

ACLARACION

DOCUMENTO

FECHA