

A LA AUTORIDAD PERTINENTE

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

DNI: _____

FECHA: _____

Autorizamos al paciente indicado a venir al **CENTRO MEDICO PINAR**, sito en Avda. San Luis 166/164 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 **913027283** o en el email **pacientes@centromedicopinar.es**.



Carlos García
Dirección

