



**AUTORIZACIÓN PARA RETIRO DE
MEDICAMENTOS DEL CONSULTORIO
MEDICO INSTITUCIONAL**

Por este medio autorizo a: _____,

Número de identificación _____, para que retire los medicamentos a nombre de:

1- _____ # de cédula _____ Firma _____

2- _____ # de cédula _____ Firma _____

3- _____ # de cédula _____ Firma _____

4- _____ # de cédula _____ Firma _____

5- _____ # de cédula _____ Firma _____

Funcionari@s de: _____.

Sello del Departamento _____ fecha _____