

Paysandú, de de 20

A la Corporación Médica de Paysandú IAMPP

De mi consideración;

Por la presente hago constar que autorizo expresamente al Sr./Sra.

cédula de identidad nro. , a que – mediante el uso de su usuario y contraseña – opere en mi nombre todos los servicios on line que COMEPA pone a disposición de los afiliados, incluso aportando toda mi información personal que el sistema requiera.

Hago constar que, si en algún momento fuera posible acceder a la historia clínica on line, esta autorización excluye expresamente esa posibilidad.

La presente autorización estará vigente mientras no comunique fehacientemente a COMEPA lo contrario.

Nombre Titular:

Firma Titular:

Domicilio:

Tel/Cel:

Firma Apoderado:

Domicilio:

Tel/Cel:

Adjuntar fotocopias de CI vigentes.