

**AUTORIZACIÓN PARA RECOGIDA DE TALONARIOS
DE RECETA MÉDICA PRIVADA EN EL ILUSTRE
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ZARAGOZA**

D./D.^a _____

con DNI _____ y Nº de colegiado _____

AUTORIZO A

D./D.^a _____

con DNI _____ a recoger los talonarios de receta médica privada
solicitados a mi nombre.

En Zaragoza, a ____ de _____ de 2013

Firma del colegiado