

DATOS DE LA PERSONA QUE OTORGA LA REPRESENTACIÓN					
Nombre			Apellidos		
DNI			Colegiada/o en la provincia de <i>*(si aplica)</i>	Nº Colegiada/o <i>*(si aplica)</i>	
Teléfono			Correo electrónico		

OTORGA SU REPRESENTACIÓN A:

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE LA PROVINCIA DE A CORUÑA con NIF: Q1566002J y domicilio Fiscal en C/ Riego de Agua, 29. 4ª Planta. 15001 A Coruña, para que en relación a los procedimientos telemáticos establecidos en la Sede de Electrónica de la Xunta (<https://sede.xunta.gal/portada>) pueda realizar cuantas actuaciones correspondan a la/él representada/o en la tramitación del procedimiento de

ACEPTACIÓN DE LA REPRESENTACION:

Con la firma del presente escrito la/el representante acepta la representación conferida y responde de la autenticidad de la firma de la persona otorgante.

Y para que conste y para los efectos de formar parte da documentación a presentar para la realización de trámites a través de la sede electrónica de la Xunta, se firma el presente documento.

En a de de 20

FIRMA DE LA PERSONA QUE OTORGA LA REPRESENTACIÓN	FIRMA DE LA PERSONA REPRESENTANTE (COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE LA PROVINCIA DE A CORUÑA)