Nombre del cliente:_____

Firma del cliente:_____

Fecha: _____

Se da por sentado que usted o un representante de su establecimiento de atención médica programará solicitudes de viaje de paratránsito en su nombre. Tenga a bien detallar los nombres de las personas que autoriza para que programen viajes en su nombre.

Mediante este documento se autoriza a las siguientes personas a programar viajes de paratrásito:

_____

_____

_____