

Perú, Distrito de _____, ____ de _____ del 202_

Carta Poder

Yo,, identificado con DNI/Carné de Identificación número, y con domicilio en, por la presente, otorgo un poder especial y suficiente a, identificado con DNI/Carné de Identificación número, y con domicilio en, a quien en lo sucesivo se le denominará "mi representante".

Mi representante está autorizado para recoger en mi nombre cualquier documento, certificado o correspondencia emitida por ESSALUD, incluyendo, pero no limitado a:

1. Certificados médicos.
2. Comunicaciones oficiales.
3. Informes de prestaciones de salud.

Este poder es válido desde la fecha de su otorgamiento y permanecerá en vigor hasta que yo decida revocarlo por escrito.

ESSALUD está autorizada a entregar los documentos mencionados a mi representante, quien está facultado para firmar cualquier documento de recepción o comprobante necesario en mi representación. Cualquier documento recogido por mi representante en virtud de este poder se considerará válido y me será entregado a mí.

Atentamente,

Firma del Titular del Poder

Nombre y Apellidos:
Número de DNI:.....

Firma del Representante Autorizado

Nombre y Apellidos:
Número de DNI: