



**BOTICA COMUNITARIA DOCTORA ELOÍSA DÍAZ
I. MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO**

PODER SIMPLE

En la ciudad y comuna de Santiago y por el presente acto, autorizo aRUT N°....., domiciliado en....., comuna de....., teléfono de contacto N°....., para que en mi nombre y representación, realice todos los trámites pertinentes y necesarios para mi inscripción en el registro de la Botica Comunitaria de Santiago, para encargar el/los medicamento/s, insumo/s médico/s y/o suplemento alimenticio/nutricional que me fueron recetados por el/la doctor/a....., RUT N°....., y para retirarlos desde las oficinas de la Botica Comunitaria, ubicadas en Santo Domingo N°....., locales....., previo pago de su valor.

Nombre Beneficiario Mandante

RUT N°.....

Domicilio:,

Comuna de Santiago

Teléfono de contacto:.....

Nombre Mandatario

RUT N°.....

Nota: Respecto del beneficiario, del mandatario y del médico que emite la receta deben consignarse el nombre y los dos apellidos. El mandatario y el médico que emite la receta pueden tener domicilio fuera de la comuna de Santiago.