

DATOS DE LA PERSONA QUE OTORGA LA REPRESENTACIÓN					
Nombre			Apellidos		
DNI			Colegiado/a en la provincia de <i>*(si aplica)</i>	Nº Colegiado/a <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 él/la representado/a en la tramitación del procedimiento de

**ACEPTACIÓN DE LA REPRESENTACION:**

Con la firma del presente escrito 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 DEL REPRESENTATE (COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE LA PROVINCIA DE A CORUÑA)