



AUTORITZACIÓ

En/Na Sr./Sra./Entitat jurídica amb domicili a carrer o plaça núm. pis. i NIF/NIE

AUTORITZA al/a la Sr./Sra. perquè em representi davant de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona i en el meu nom i sota la meva responsabilitat pugui rebre informació o documentació acadèmica, pagaments i/o domiciliar en el compte de la qual sóc titular els rebuts del fraccionament de matrícula (cal acreditar la titularitat del compte amb certificat emès per l'entitat bancària, o còpia del primer full de la llibreta on aparegui el nom del titular, o rebut domiciliat bancàriament en el compte).(Ratllar el que no procedeixi)

de de Signatura (Ha de coincidir amb el document identificador)

NOTA: Si a qui autoritza és a una persona jurídica, ha d'aportar l'escriptura d'atorgament de poders. Aquesta autorització ha d'anar degudament segellada per l'entitat.

DILIGÈNCIA

L'autoritzat/ada, En/Na domiciliat/ada a , carrer. núm. i NIF/NIE fa constar sota la seva responsabilitat que la signatura de l'autoritzant és autèntica. I perquè consti així per a tots els efectes, signo aquesta diligència

de de Signatura (Ha de coincidir amb el document identificador)

NOTA: Cal adjuntar fotocòpia del NIF/NIE vigent de la persona que autoritza i exhibir el NIF/NIE original i vigent de la persona autoritzada.

Data de presentació: