



SWISS MEDICAL
M E D I C I N A P R I V A D A

RESPONSABILIDAD DE MENORES DE 18 AÑOS

Autorizo a **Swiss Medical SA** para que al menor

.....

Con DNI número

se le brinde atención médica, internación quirúrgica o cualquier prestación por parte de los profesionales o entidades reconocidas por la empresa.

Firma del responsable

Aclaración:

DNI:

Parentesco: