

DON/ÑA

CON D.N.I. Nº

DON/ÑA

CON D.N.I. Nº

DON/ÑA

CON D.N.I. Nº

DON/ÑA

CON D.N.I. Nº

HIJOS /HERMANOS DE DON/ÑA

CON D.N.I. Nº

COLEGIADO DE

Y RECIENTEMENTE FALLECIDO/A, AUTORIZAN A

SU HERMANO/A

CON D.N.I. Nº

A REALIZAR LA SOLICITUD Y COBRO DE LA PRESTACION QUE EL CONSEJO ANDALUZ DE ENFERMERIA CONCEDE POR FALLECIMIENTO.

PARA QUE SURTA LOS EFECTOS OPORTUNOS, FIRMAMOS

Fdo:

Fdo:

Fdo:

Fdo: