



## Modelo de Representación

### Datos del Otorgante

<b>DNI</b>	<b>Nombre</b>	<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Teléfono</b>	<b>Correo Electrónico</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

### Datos del Representante

<b>DNI</b>	<b>Nombre</b>	<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Teléfono</b>	<b>Correo Electrónico</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

### Procedimiento

#### Descripción

Aceptación de Oferta para Médicos de Familia de Atención Primaria, en el AGS Sur de Granada, con fecha de celebración el 20/09/2023 a las 15:30 horas en la Sala de Juntas del Hospital de Motril (planta 0), sito en Avda. Enrique Martín Cuevas, sn - 18600 Motril (Granada)

PLAZAS POR ORDEN DE PRIORIDAD:

### Aceptación de la Representación

Con la firma del presente documento el representante acepta la representación conferida y responde de la autenticidad de la firma del otorgante.

#### EL OTORGANTE

Fecha:

Firma:

#### EL REPRESENTANTE

Fecha:

Firma: