

CLINICA MEDICA VILLALBA



Doña Sonia Concejo Díaz, en calidad de consejera delegada del Centro Médico Clínica Médica Villalba S.A. "Clínica Los Belgas"

A LA AUTORIDAD PERTINENTE:

Nombre: _____

Apellidos: _____

DNI: _____

Fecha: _____

Autorizamos al paciente indicado a venir al Centro Médico Clínica Médica Villalba S.A. "Clínica Los Belgas" ubicado en calle Pereda 1 y 3, 28400 Collado Villalba, a recibir atención médica solicitada.

Así mismo indicamos que el paciente en caso de tener que venir acompañado debe acreditar la idoneidad del mismo.

Cualquier duda que le surja a la autoridad solicitante puede comprobarla en el teléfono 911922626 o en el email info@clinicalosbelgas.com

CLÍNICA MÉDICA VILLALBA, S.A.
CLÍNICA LOS BELGAS
C.I.F. A-80893049
C/ Pereda, 1
COLLADO VILLALBA
28400 MADRID

CLINICA MEDICA VILLALBA, S.A.
P.P.