



NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE Y SUSTITUTO

Nombre y apellidos del OTORGANTE:

DNI/pasaporte:

Designo como **representante**, para que, llegado el caso, sirva como interlocutor válido con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de lo expresado en mi documento de instrucciones previas, a:

Nombre y apellidos del representante:

DNI/pasaporte:

Dirección:.....

Municipio: Provincia:..... Código postal:.....

Teléfono/s:

En el supuesto de fallecimiento o incapacidad del representante mencionado, designo como **sustituto del representante**, para que pueda ejercer esta representación en las mismas condiciones que las expresadas anteriormente, a:

Nombre y apellidos del sustituto del representante:

.....

DNI/pasaporte:

Dirección:.....

Municipio: Provincia: Código postal:.....

Teléfono/s:

En..... a..... de..... de.....

Firma del **otorgante**