

**AUTORIZACION DE PARTICIOPACION DE MI REPRESENTADO AL CONCURSO EMBAJADOR SKIN
CARE XPERIENCE.**

Yo _____, con cedula de ciudadanía numero _____ en
calidad de representante legal de mi hijo(a) _____.

AUTORIZO.

La participación de mi representado en el concurso EMBAJADOR SKIN CARE XPERIENCE, organizado por PHARMACY'S, perteneciente al Grupo DIFARE, que se llevará a cabo desde el 01 de agosto al 30 de noviembre de 2025, bajo los términos y condiciones establecidos por el organizador.

Declaro que he sido debidamente informado sobre las bases del concurso, así como las condiciones de participación, duración, derechos de uso de imagen y propiedad intelectual y que otorgo mi consentimiento y autorización para que mi hijo participe en el ya mencionado concurso.

Para constancia firmo la presente carta de autorización.
