



## **Autorización**

Por este medio Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad y del domicilio de la ciudad de \_\_\_\_\_ portador de la Identidad \_\_\_\_\_

En pleno goce y ejercicio de mis derechos civiles autorizo a BANRURAL para realizar la Evaluación Médica y Exámenes de Laboratorio en la clínica que se me asigne, como parte del proceso de ingreso.

En fe de lo anterior firmo, Dejo constancia de mi aprobación y aceptación; para dicho procedimiento.

\_\_\_\_\_

Firma