**CARTA PODER**

El que suscribe la presente, otorga **PODER ESPECIAL** tan amplio, cumplido y bastante como sea necesario en derecho, a la persona que firma como apoderado, para que a mi nombre y representación se presente en **las instalaciones de las Unidades de Medicina Familiar (UNIMEF) del Instituto de Pensiones del Estado de Jalisco;** para efectos de que recoja los medicamentos recetados por el especialista tratante; lo anterior por así convenir a mis intereses.

La presente **Carta Poder** sólo será válida por esta única ocasión y para el fin con el que se está otorgando, teniendo una vigencia de 5 días hábiles contados a partir de la fecha de su firma.

**Guadalajara, Jalisco,  \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año 2025.**

                 (día)                       (mes)

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma**  **Nombre:**  **Poderdante** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma**  **Nombre:**  **Apoderado** |

Nota:

1. Favor de llenar los espacios con pluma (negra o azúl).

2. Firmar como en su identificación oficial.