



Av. Cuauhtemoc No. 106 Col. Doctores C.P. 06720

Alcaldia Cuauhtemoc Tel: 55787786

México, Ciudad de Mexico a ____ de _____ del 20__

www.latinofuneral.com R.F.C. RFS0112067P1

Aviso de funcionamiento SSA COFREPRIS No. 2409155049Y00050

CARTA PODER

PARA USO EXCLUSIVO DE TRÁMITES FUNERARIOS

PRESENTE.

Por medio de la presente otorgo al

Sr. _____ poder amplio, cumplido y bastante, para que a mi nombre y representación tramite la documentación correspondiente a la defunción de mí: _____.

Quien en vida llevara el nombre de: _____

y será llevado al: _____

Ubicado en: _____

Para su:

() Internación () Traslado () Inhumación () Cremación

ACEPTA EL PODER

OTORGANTE

TESTIGO

TESTIGO



Av. Cuauhtemoc No. 106 Col. Doctores C.P. 06720

Alcaldia Cuauhtemoc Tel: 55787786

México, Ciudad de Mexico a ____ de ____ del 20__

www.latinofuneral.com R.F.C. RFS0112067P1

Aviso de funcionamiento SSA COFREPRIS No. 2409155049Y00050

CARTA PODER

PARA USO EXCLUSIVO DE TRÁMITES FUNERARIOS

M EN C EMMANUEL GONZALEZ BARBOSA DIRECTOR GENERAL DE LA AGENCIA DE PROTECCION SANITARIA DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

PRESENTE.

Por medio de la presente otorgo al

Sr. _____ poder amplio, cumplido y bastante, para que a mi nombre y representación tramite la documentación correspondiente a la defunción de mí: _____.

Quien en vida llevara el nombre de: _____

y será llevado al: _____

Ubicado en: _____

Para su:

() Internación () Traslado () Inhumación () Cremación

ACEPTA EL PODER

OTORGANTE

TESTIGO

TESTIGO