

 ACORL Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial.	PODER	25/01/2010
		Versión 0
		Documento Controlado

Señores

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA, CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO, MAXILOFACIAL Y ESTÉTICA FACIAL –ACORL

Ciudad

Yo, _____, Mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número _____, expedida en _____ encontrándome a paz y salvo por todo concepto con la Asociación Colombiana de Otorrinolaringología (ACORL), por medio de este instrumento confiero poder al

Doctor(a) _____, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número _____, expedida en _____ miembro de la ACORL, para que me represente en la Asamblea General Ordinaria de la Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial.

Este poder hace referencia a la Asamblea General Ordinaria que se llevará a cabo el día viernes 01 de marzo de dos mil diecinueve (2019) en la ciudad de Cartagena en el marco del Curso Internacional de Otorrinolaringología ACORL 2019. De igual manera me representará en las reuniones ó asambleas que se convoquen por extensión, receso, u otra causa derivada de la Asamblea arriba señalada.

El Apoderado(a) podrá ejercer sin restricciones surgidas de este mandato los derechos y deberes que como miembro de la Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, me correspondan.

Dado en _____, a los _____ días de _____ de dos mil diecinueve (2019).

Firma y C.C. de quien da el poder

Firma y C.C. de quien recibe el poder

Nota: Un mismo Miembro no podrá representar a más de tres Asociados.

Plazo de entrega: jueves 28 de febrero de 2019, 5:00 p.m., Modulo de poderes

Los poderes requieren verificación pero no autenticación. Favor diligenciarlos completamente.