



MODELO DE REPRESENTACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TRÁMITES, A
TRAVÉS DEL REGISTRO ELECTRÓNICO, EN EL REGISTRO DE PLAGUICIDAS
DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA.

D/D^a _____

CON DNI/NIE/PASAPORTE _____ Y DOMICILIO EN _____

AUTORIZO A _____

CON DNI/NIE/PASAPORTE _____ A REALIZAR EN MI NOMBRE EL
SIGUIENTE TRÁMITE ANTE EL REGISTRO DE PLAGUICIDAS DE LA
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA:

CON LA FIRMA DEL PRESENTE ESCRITO EL/LA REPRESENTANTE ACEPTA
LA REPRESENTACIÓN CONFERIDA Y RESPONDE DE LA AUTENTICIDAD DE
LA FIRMA DEL OTORGANTE.

FIRMADO: EL/LA OTORGANTE

FIRMADO: EL/ LA REPRESENTANTE

EN _____ A _____ DE _____ DE 20__