

## ACEPTACIÓN REPRESENTANTE

De acuerdo con el artículo 17, 3b de la Ley 3/2005 de la Junta de Extremadura, designo como mi representante para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario que me atenderá, en el caso de encontrarme en una situación en que no pueda expresar mi voluntad a, \_\_\_\_\_, con D.N.I. núm: \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_, número \_\_\_\_\_, y teléfono \_\_\_\_\_

En consecuencia, autorizo a mi representante para que tome decisiones con respecto a mi salud en el caso de que yo no pueda por mí mismo.

- siempre que no se contradigan con ninguna de las voluntades anticipadas que constan en este documento.

- Limitaciones específicas:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Representante alternativo o sustituto:

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

D.N.I. núm: \_\_\_\_\_, Ciudad: \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_