**CARTA PODER**

Ciudad de México, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021

C. Lic. Alejandro Svarch Pérez

Comisionado Federal de la Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Secretaría de Salud

P R E S E N T E

(NOMBRE DEL REPRESENTADO), por la presente otorgo poder especial, amplio y suficiente para que, en mi nombre y representación, pueda realizar todas las actividades y presentar todas las promociones relacionadas con los trámites ante esta Comisión Federal para la Protección contra riesgos Sanitarios.

Atentamente

Acepto

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(NOMBRE DEL REPRESENTANTE)

Testigo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(NOMBRE DEL TESTIGO 1)

Otorgo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(NOMBRE DEL REPRESENTADO)

Testigo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(NOMBRE DEL TESTIGO 2)