

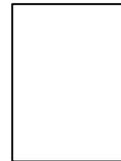
FORMATO DE CERTIFICADO DE DONACIÓN

Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA)

Yo, _____ con domicilio en
_____ con Documento Nacional
de Identificación (DNI) _____, con pasaporte número
_____, RTN _____, teléfono
_____ y correo electrónico
_____ actuando en mi condición de
_____ HAGO CONSTAR por medio de la presente que
realizo formal donación de _____ a:

Por lo antes expuesto sirva la presente en la ciudad _____,
a los ____ días del mes de _____ del año 202 ____.

Firma y sello



**Huell
a**