

NOMBRE	NÚMERO DE SOLICITUD O REGISTRO

NOTA: Si el espacio anterior no es suficiente, por favor relacione las actuaciones en hoja anexa.

4. Alcance del poder:

- X** Confiero expresamente al apoderado todas las facultades legales para que represente mi(s) interés(es) en la(s) actuación(es) señalada(s) en el punto 3 de este documento, incluyendo:
- x** Desistir de la(s) solicitud(es) y de las demás actuaciones
 - x** Renunciar a los derechos del registro de signos distintivos o de nuevas creaciones
 - x** Transigir
 - x** Recibir
 - x** Conciliar

5. Firma

DR. HERNAN PERLAZA S.
MEDICO FAMILIAR
Registro: 15196

Hernán Perlaza S.

HERNÁN PERLAZA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

Felipe Eduardo Figueroa Cardozo
Felipe Eduardo Figueroa Cardozo
CC: 16940582 de Cali

Firma