

DELEGATURA PARA LA PROPIEDAD INDUSTRIAL
FORMULARIO PARA OTORGAR PODER A ABOGADO
EN LOS TRÁMITES DE PROPIEDAD INDUSTRIAL

1. Datos del otorgante

☐

Persona Natural

☒

Persona Jurídica

IMPORMEDICAL EQUIPOS Y SUMINISTROS MEDICOS S A

Nombre o denominación / Razón Social completa (En caso de que haya más de un solicitante, relaciónese en hoja adjunta)

ALVARO JOSE LOZANO ARIAS

Nombre del representante

Tipo de empresa

☐ Micro☐ Pequeña☒ Mediana☐ Otra

Documento de identificación:

☐ C.C.☐ C.E.☒ NIT☐ Otro

Número **900.261.089-9**

Nacionalidad/País de constitución	Dirección del otorgante	
COLOMBIANA	CALLE 5 OESTE # 4 A - 12 CIUDAD: Cali	
Dirección electrónica	No. Fax	Número telefónico
contabilidad@impormedical.com.co		6022855088 / 3242556683

2. Datos del apoderado:

Inga Hakspiel Cabal

Apellidos y Nombre

1130615940

Documento de identificación

204.354

Tarjeta profesional

Nacionalidad/País de constitución	Dirección del otorgante	
COLOMBIANA	CALLE 44 NORTE # 4N-134 EDIFICIO FARALLONES DEL NORTE APTO 401 - CIUDAD: CALI	
Dirección electrónica	No. Fax	Número telefónico
hakspielcabal@gmail.com		3176576849

Mediante el presente documento, la persona indicada en el punto 1 de este documento nombra a la persona que se identifica en el punto 2 como apoderado para las actuaciones que se relacionan a continuación:

3. Actuaciones en cuestión:

Este poder concierne:

☒

Todas las solicitudes y/o registros actuales y futuros del otorgante.

☐

La(s) siguiente(s) solicitud(es) y/o registro(s):

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:

- ☒ 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:
- ☒ Desistir de la(s) solicitud(es) y de las demás actuaciones
 - ☒ Renunciar a los derechos del registro de signos distintivos o de nuevas creaciones
 - ☒ Transigir
 - ☒ Recibir
 - ☒ Conciliar

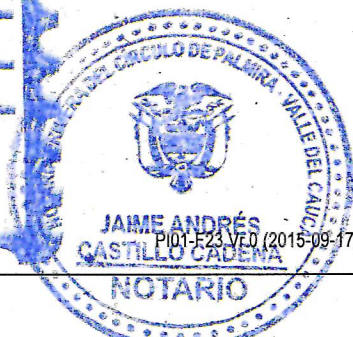
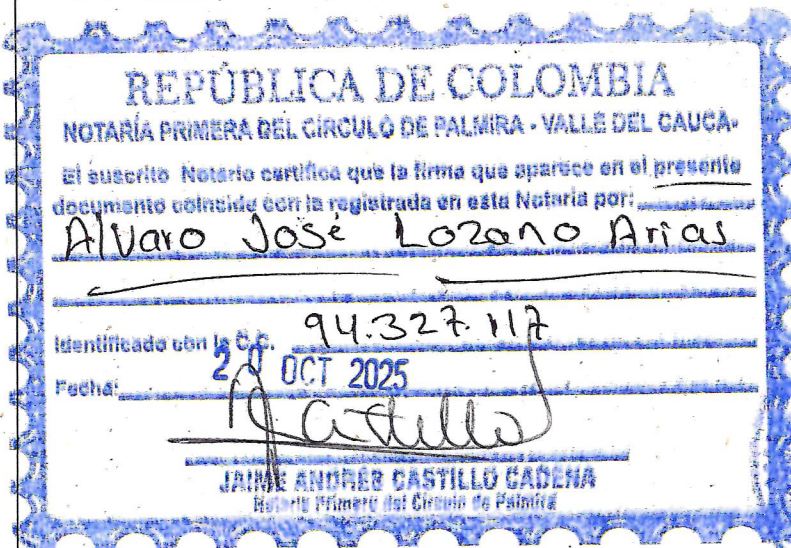
5. Firma

Nombre del Firmante
ALVARO JOSE LOZANO ARIAS
IMPORMEDICAL EQUIPOS Y SUMINISTROS MEDICOS
S A

C.C 94.327.117

Firma

Inga Hakspiel Cabal
Tarjeta Profesional 204.354



P001-E23 VED (2015-09-17)