

NOTARÍA PÚBLICA NO. 22

FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Ecatepec, Edo Méx., a ____ de _____ del 20__

M.D. CARLOS OTERO RODRÍGUEZ
NOTARIO PÚBLICO No. 22
DEL ESTADO DE MÉXICO
P R E S E N T E

Solicito a usted la elaboración de mi VOLUNTAD ANTICIPADA en el protocolo a su cargo, de acuerdo con lo siguiente:

OTORGANTE

NOMBRE COMPLETO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: _____ REGIMEN PATRIMONIAL:(En caso de ser CASADO/A): _____

NOMBRE DEL/LA CONYUGE: _____

NACIONALIDAD: _____ OCUPACION: _____

CURP: _____ RFC: _____

IDENTIFICACIÓN: _____ FOLIO: _____

DOMICILIO

CALLE: _____ NÚM. O LTE.: _____ NÚM. INT. O MZA.: _____ C.P.: _____

COLONIA: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

TELEFONO FIJO: _____ TELEFONO CELULAR: _____

REPRESENTANTE(S) (Persona(s) encargada(s) de verificar que se cumpla la declaración anticipada del otorgante, con la obligación de comparecer a efecto de aceptar el cargo.)

1)NOMBRE COMPLETO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: _____ REGIMEN PATRIMONIAL:(En caso de ser CASADO/A): _____

NACIONALIDAD: _____ OCUPACION: _____

CURP: _____ RFC: _____

IDENTIFICACIÓN: _____ FOLIO: _____

DOMICILIO

CALLE: _____ NÚM. O LTE.: _____ NÚM. INT. O MZA.: _____ C.P.: _____

COLONIA: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

TELEFONO FIJO: _____ TELEFONO CELULAR: _____

TELÉFONOS PARA AGENDAR CITA:

55 5787 2103 -55 5787 2165 -55 5787 3769 -55 5787 2877 -55 2125 4911 -55 9133 2145

WhatsApp: 55 3274 6051 Y 55 6784 9628

NOTARÍA PÚBLICA NO. 22

2) NOMBRE COMPLETO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: _____ REGIMEN PATRIMONIAL:(En caso de ser CASADO/A): _____

NACIONALIDAD: _____ OCUPACION: _____

CURP: _____ RFC: _____

IDENTIFICACIÓN: _____ FOLIO: _____

DOMICILIO

CALLE: _____ NÚM. O LTE.: _____ NÚM. INT. O MZA.: _____ C.P.: _____

COLONIA: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

TELEFONO FIJO: _____ TELEFONO CELULAR: _____

DISPOSICION(ES)

- 1) ¿Desea someterse a tratamientos médicos que alarguen su vida en caso de enfermedad en estado terminal?
SI () NO ()
- 2) ¿Desea someterse a tratamientos médicos con fines de investigación científica, en caso de enfermedad en estado terminal? SI () NO ()
- 3) ¿Desea después de perder la vida, donar total o parcialmente sus órganos, tejidos y células para realizar trasplantes, o que se utilice su cadáver o parte de él para fines de docencia e investigación?
SI () NO ()

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA

TELÉFONOS PARA AGENDAR CITA:

55 5787 2103 -55 5787 2165 -55 5787 3769 -55 5787 2877 -55 2125 4911 -55 9133 2145

WhatsApp: 55 3274 6051 Y 55 6784 9628