**Nº EXPEDIENTE: PA 2023-4-086**

**CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN DE REPRESENTACIÓN**

(Nombre y apellidos del representante)…………………………………………. con DNI número…………………………., en nombre y representación de (Nombre de la empresa) ……………………………………….., con NIF ……………………………………………, autoriza a las siguientes personas pertenecientes a la empresa anteriormente indicada:

(Nombre y apellidos trabajador 1) …………–(DNI trabajador 1)………………………………

(Nombre y apellidos trabajador 2) ……………………–(DNI trabajador 2) ………………………………

a actuar como representante/s de (Nombre de la empresa) ……………………………. para realizar el reconocimiento de las instalaciones, dando así cumplimiento con el requerimiento obligatorio establecido en los pliegos del contrato del **Servicio de gestión logística, almacenamiento externo de bienes y materiales, distribución interna, reposición sistemática y de tránsito de bienes y materiales en el Hospital Clínico San Carlos y Centros adscritos al mismo.** sitos en la calle Profesor Martín Lagos, s/n/ de Madrid.

(Lugar y fecha)

Fdo.: (Nombre y apellidos representante) …………………… – (Número DNI representante) ……………………….

Fdo.: (Nombre y apellidos trabajador 1) …………………… – (Número DNI trabajador 1)……………….

Fdo.: (Nombre y apellidos trabajador 2) …………………… – (Número DNI trabajador 2) ……………………….