



FECHA	DÍA	MES	AÑO

**AUTORIZACIÓN DE DISTRIBUCIÓN DE PAQUETES MEDIANTE DELIVERY**  
(Los campos son obligatorios)

DATOS DE LA BENEFICIARIA O TUTOR LEGAL		
NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

DATOS		
NUMERO DE CARNET	NÚMERO DE CELULAR	DEPARTAMENTO

Mediante el presente documento autorizo la habilitación de la distribución de paquetes mediante Delivery, teniendo íntegro conocimiento de que mi persona debe realizar el pago por el mismo a la empresa transportadora al momento de la recepción del paquete solicitado.

Asimismo, acepto que debo solicitar el servicio de distribución por delivery con 24 horas de anticipación y de ser necesaria la cancelación del servicio debo realizarlo dos (2) horas antes de la hora previamente acordada, caso contrario deberé pagar la suma correspondiente por el servicio a la empresa transportadora.

\_\_\_\_\_

FIRMA



HUELLA DIGITAL