



Dirección de Pensiones Civiles del Estado
Gobierna del Estado de Michoacán



DIRECCIÓN DE PENSIONES CIVILES
DEL ESTADO DE MICHOACÁN

Morelia, Michoacán a _____ de _____ de _____.

(Persona a quien se le otorga el poder)

En los términos del artículo 2409 (dos mil cuatrocientos nueve) del Código Civil para el Estado de Michoacán, y sus concordantes de las demás Entidades Federativas, **CONFIERO** a Usted, **PODER ESPECIAL** a efecto de que se sirva representarme ante la Dirección de Pensiones Civiles del Estado de Michoacán, en los siguientes trámites:

Desde ahora protesto estar y pasar por todos y cada uno de los actos realizados por mi apoderado, mismos que se describen en este documento. Así mismo, se hace constar que la presente "CARTA PODER ", estará limitada no por tiempo, sino por los actos que se mencionan en el párrafo anterior.

**OTORGANTE
(AVAL)**

**ACEPTANTE Y GESTOR
(DEUDOR)**

Nombre de la persona que otorga el poder.

Nombre de la persona quien recibe el poder.

Domicilio: _____

Domicilio: _____

Firma: _____

Firma: _____

TESTIGOS:

Nombre del Testigo.

Nombre del Testigo.

Domicilio: _____

Domicilio: _____

Firma: _____

Firma: _____



Virgo # 264, Fracc. Cosmos
C.P. 58050 Morelia, Michoacán, México
Tels. 01 (443) 316 4416, 316 4519
dirección@pensiones.michoacan.gob.mx
www.michoacan.gob.mx