



COLEGIO MÉDICO
Temuco

CAPÍTULOS
MÉDICOS
REGIONAL
ARAUCANÍA

FIRMAS DE PATROCINANTES PARA LA CANDIDATURA A CAPITULAR

Yo, _____, R.U.T.: _____

Entrego la siguiente hoja de firmas para patrocinar mi candidatura al Capítulo Médico del _____

| Nº | NOMBRE | R.U.T. | I.C.M. | FIRMA |
|----|--------|--------|--------|-------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |

Nota: Cada Colegiado patrocinante puede apoyar a un solo candidato.

