



SOLICITUDE DE PARTICIPACIÓN NO CONSELLO ASESOR DE PACIENTES DA ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA E A BARBANZA

Solicitante

D./Dña.....
.....
representante/s legal/is da asociación de pacientes.....
.....,
con domicilio na rúa.....,
nº....., piso..... de....., provincia de,
con teléfono.....e correo electrónico.....,

SOLICITA

A incorporación de dita asociación ao Consello Asesor de Pacientes de Santiago de Compostela e A Barbanza, según se recolle no DOG 208 de 31 de outubro de 2018.

Documentación

- Copia auténtica dos estatutos da asociación
- Acreditación da representación legal da asociación por parte do solicitante ou solicitantes

Información a aportar

- A asociación forma parte do Consello Asesor de Pacientes de Galicia: Sí Non
- Consellos asesores de pacientes de área nos que solicita a súa integración:

.....
.....

- Consellos asesores de pacientes de área dos que xa forma parte:

.....
.....

- Nome das persoas que representa á asociación, como vocal e suplente, en cada consello asesor de pacientes dos que forme parte:

.....
.....
.....

Data:

Sinatura