



FORMULARIO I
INSCRIPCIÓN DE ORGANIZACIONES ELECTORAS PARA SEGUNDO PROCESO
ELECCIONARIO CONSEJO CONSULTIVO REGIONAL
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS RURALES

I. UBICACIÓN DEL SERVICIO SANITARIO RURAL

REGIÓN	
PROVINCIA	
COMUNA	
LOCALIDAD	

II. IDENTIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN QUE ADMINISTRA EL SERVICIO SANITARIO RURAL

NOMBRE		
RUT		
ROL ÚNICO TRIBUTARIO		
DOMICILIO		
CORREO ELECTRÓNICO		
TELÉFONO CONTACTO		
LA ORGANIZACIÓN SE ENCUENTRA ASOCIADA A FEDERACIÓN, ASOCIACIÓN, CONFEDERACIÓN U OTRA ORGANIZACIÓN DE APR O SSR A NIVEL NACIONAL, REGIONAL, PROVINCIAL O LOCAL.	SI	NO
	NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN	

III. CONSEJO ADMINISTRACIÓN, ADMINISTRADOR Y/O GERENTE Y MIEMBROS DEL DIRECTORIO DE:

Comité

CARGO	NOMBRE	SEXO (F/M)	CORREO ELECTRÓNICO	TELEFONO DE CONTACTO
PRESIDENTE (A)				
VICEPRESIDENTE (A)				
SECRETARIO (A)				
TESORERO (A)				

Cooperativas

CARGO	NOMBRE	SEXO (F/M)	CORREO ELECTRÓNICO	TELEFONO DE CONTACTO

IV. ANTECEDENTES ADMINISTRATIVOS DE LA ORGANIZACIÓN QUE ADMINISTRA EL SERVICIO SANITARIO RURAL

DOCUMENTO (S)	SI	NO
Acta de la última Asamblea en la que conste la elección del directorio del representante legal o apoderado conforme a los estatutos o certificado emitido por la autoridad respectiva, en que conste dicha circunstancia.		
Certificado de los representantes legales de la organización		

Certificado de vigencia de la organización		
--	--	--

V. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE ELECTORAL

	NOMBRE	RUT
Titular		
Suplente		

FIRMA Y TIMBRE (OPCIONAL) DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA ORGANIZACIÓN