**FICHA POSTULANTE**

**COMISIÓN DE RECOMENDACIÓN PRIORIZADA**

**LEY N° 20.850. “LEY RICARTE SOTO”**

**AGRUPACIONES DE PACIENTES**

**FECHA DE POSTULACIÓN:**

1. **DATOS DEL POSTULANTE DE LA AGRUPACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellido |  |
| Rut |  |
| Correo electrónico |  |
| Teléfono de contacto |  |
| Nombre de la agrupación a la que pertenece |  |
| ***Yo*** *(nombre y apellido del postulante)****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*** ***Rut; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, acepto la postulación para representar a*** *(nombre de la agrupación a la que pertenece)****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en la Comisión de Recomendación Priorizada de la Ley N° 20.850, “Ley Ricarte Soto”.*** |

1. **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA AGRUPACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellido |  |
| Rut |  |
| Correo electrónico |  |
| Teléfono de contacto |  |
| Nombre de la agrupación a la que pertenece |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA DEL POSTULANTE** | **FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL** |