



**MUNICIPALIDAD
DE TALAGANTE**

DIRECCIÓN DE SALUD

Formato N°5

**COMPROBANTE DE BASES Y ANEXOS CONCURSO
DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL DE TALAGANTE.**

Yo,....., C.I.....,
declaro haber recibido copia íntegra de las Bases y anexos del Concurso de la Dirección
de Salud Municipal de Talagante.

Talagante,.....

FIRMA