

**FORMULARIO DE ACREDITACIÓN DE ORGANIZACIONES ELECTORAS 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, CONFEDERACIÓN, ASOCIACIÓN U OTRA ORGANIZACIÓN DE APR O SSR A NIVEL NACIONAL, REGIONAL, PROVINCIAL.	SI	NO
	NOMBRE DE LA FEDERACIÓN, CONFEDERACIÓN, ASOCIACIÓN U OTRA	

**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
PRESIDENTE (A)				
VICEPRESIDENTE (A)				
SECRETARIO (A)				
GERENTE (A)				

**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 REPRESENTANTE LEGAL ORGANIZACIÓN**