



MUTUAL NACIONAL DE FUNCIONARIOS
DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
Personería Jurídica según Decreto N° 11292 de fecha 23 de Noviembre de 2.000

Asunción, ____de_____ de ____

REGISTRO DE FIRMAS

Quien suscribe, _____,
con C.I. N°: _____, domiciliado en
_____. CERTIFICO QUE: La firma que
luce al pie del formulario que antecede, es auténtica y de mi conocimiento.

FIRMAS	
1-	2-
3-	4-

VERIFICADO POR: _____ **FECHA:** _____.

OBS: EL PRESENTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO POR EL INTERESADO. -