DIPRECE
División de Prevención y Control de Enfermedades

PARTICIPANTES REUNIÓN CONSENSO MONTEVIDEO

MINSAL 2017

NOMBRE DE LA REUNIÓN: _____

FECHA: ____/____/_____ HORA: ____:____ LUGAR: _____

NOMBRE PARTICIPANTE	DEPENDENCIA	CORREO-ELECTRONICO	TELÉFONO/CELULAR	FIRMA PARTICIPANTE

_____

FIRMA DEL COORDINADOR DEL EVENTO