**FORMULARIO DE OBSERVACIONES A LA PRECUENTA PUBLICA**

**HOSPITAL SAN MARTIN DE QUILLOTA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre (optativo) |  |
| Dirección |  |
| Teléfono |  |
| Correo Electrónico |  |

|  |
| --- |
| **Aquí sus comentarios** |

**Favor enviar este formulario con sus observaciones al correo electrónico:**

[**participacionsocial.hsmq@gmail.com**](mailto:participacionsocial.hsmq@gmail.com)

