



ANEXO N°1

FORMULARIO IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE

PROPUESTA PÚBLICA

“ARRIENDO INMUEBLES PARA DEPARTAMENTO DE SALUD, “ANEXO CECOSF BUENOS AIRES”

A) NOMBRE COMPLETO DEL PROPONENTE, RAZÓN SOCIAL:

B) NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPONENTE:

C) DOMICILIO DEL PROPONENTE:

CALLE: _____ **N°** _____ **DEPTO./OF** _____

COMUNA: _____

CIUDAD: _____

CASILLA: _____

TELÉFONOS: _____

EMAIL: _____

D) R.U.T. DEL PROPONENTE: _____

 **DATOS BANCARIOS:**

TIPO DE CUENTA _____ **N° DE CUENTA** _____

BANCO: _____

NOMBRE TITULAR CUENTA: _____

1

FIRMA Y RUT REPRESENTANTE LEGAL DE PROPONENTE

Parral, diciembre de 2025.