



OS ASSOCIADOS ABAIXO ASSINADOS ENCAMINHAM A DIRETORIA DA ANMP OS NOMES DOS SEUS REPRESENTANTES ESCOLHIDOS COMO DELEGADO TITULAR E SUPLENTE DESTA UNIDADE REPRESENTADA.

LOCAL: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

DELEGADO: \_\_\_\_\_

SUPLENTE: \_\_\_\_\_

ASSINAM:

NOME	ASSINATURA