

Sr Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Los abajo firmantes solicitamos a la consejería de sanidad de la Comunidad de Madrid: **La derogación del PLAN DE MEDIDAS DE GARANTÍA DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID.**

	Nombre y Apellidos	DNI	Firma
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

\* ENTREGAR EN HOSPITAL INFANTA LEONOR, Avda, Gran Vía del Este, 80.