



Gold Coast Health Plan (GCHP) Formulario de Exclusión del Pago de Estipendios

Este aviso confirma que rechazo formalmente recibir el estipendio del Comité de GCHP. En el futuro, si deseo recibirlo, informaré por escrito al Director Médico o Directora de Experiencia de Miembros y Asuntos Externos de GCHP.

Nombre (en letra imprenta)

Comité

Firma

Fecha