PONENCIA			
ENMENDANTE			**Nº AFILIADO Ó DNI:**
CONTACTOS	**Fax:**	**Teléfono:**	**e-mail:**

Párrafo		**Artículo**		**Apartado**		**Encabezamiento**	

TEXTO DE LA ENMIENDA:
BREVE JUSTIFICACIÓN:

A CUMPLIMENTAR POR LA SECRETARÍA DEL CONGRESO

FECHA DE ENTRADA:	**Nº DE REGISTRO:**

ENMIENDA DE SUPRESIÓN	
ENMIENDA DE ADICIÓN	
ENMIENDA DE NUEVO TEXTO	