



 Región de Murcia

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	