

1. Datos de la entidad solicitante:

Nombre completo de la entidad solicitante:

NIF:

Razón social:

Domicilio:

Localidad:

Código Postal:

Teléfono:

Teléfono móvil:

Fax:

E-mail:

2. Datos del representante legal:

Nombre y apellidos:

Cargo en la entidad:

Teléfono fijo:

Teléfono móvil:

E-mail:

3. Datos del proyecto para el que se solicita la ayuda:

Denominación:

Categoría:

1. La prevención y promoción del cuidado de la salud

2. El acceso a medicamentos

3. Ayuda a la infancia y a personas en riesgo de exclusión social

4. La cooperación al desarrollo

Responsable: Apellidos:

Nombre:

Ámbito de aplicación:

Nacional:

Internacional:

Coste total del proyecto:

Cantidad solicitada:

Inicio del proyecto:

Fin del proyecto:

4. Documentación que se adjunta (señálese)

Fotocopia de los estatutos de la entidad

Documento acreditativo de la entidad (NIF)

Autorización de representación del solicitante

Fotocopia del DNI del/la representante de la entidad.

Memoria del proyecto para el que se solicita la ayuda (Anexo)

Otra documentación

5.- Entidad bancaria:

Código IBAN	Entidad	Oficina	DC	Número de cuenta

En _____, a _____ de 20____

Firma del representante legal de la entidad

Destinatario:

Comisión Social de BidaFarma