

CONVOCATORIA PÚBLICA DE SUBVENCIONES DEL ORGANISMO AUTÓNOMO MADRID SALUD

Nº Ref.:
A rellenar por la administración

Convocatoria 2025

1 DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD INTERESADA

DNI, NIF, NIE: Nombre o razón social:
Primer apellido: Segundo apellido:
Tipo vía: Nombre de la vía: Nº: Portal: Esc.:
Planta: Puerta: C.P.: Municipio: Provincia:
Teléfono(s): / Correo electrónico:

2 DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD REPRESENTANTE

DNI, NIF, NIE: Nombre o razón social:
Primer apellido: Segundo apellido:
Tipo vía: Nombre de la vía: Nº: Portal: Esc.:
Planta: Puerta: C.P.: Municipio: Provincia:
Teléfono(s): / Correo electrónico:

3 DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

DNI, NIF, NIE: Nombre o razón social:
Primer apellido: Segundo apellido:
Tipo vía: Nombre de la vía: Nº: Portal: Esc.:
Planta: Puerta: C.P.: Municipio: Provincia:

4 EXPONE

La entidad solicitante acepta la subvención propuesta de la convocatoria pública de subvenciones del Organismo Autónomo Madrid Salud:

Nombre del proyecto:

Cuantía concedida (€):

En a de de

Firma del/de la representante legal de la entidad