

## 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