

CONVOCATORIA PÚBLICA DE SUBVENCIÓNES DEL ORGANISMO AUTÓNOMO MADRID SALUD

Nº Ref.:
A rellenar por la administración

Convocatoria 2024

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