

Anexo 2:



SOLICITUD X CONVOCATORIA DE AYUDAS A PROYECTOS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALICANTE:

Fecha de la convocatoria:

Datos de identificación de la entidad solicitante:

Denominación Oficial:

Representante Legal:

Fecha de constitución:

CIF:

Domicilio Social:

Teléfono:

Fax:

E-mail:

Médico colegiado en el COMA que da el aval a la entidad:

Número de médicos colegiados en el COMA miembros de la entidad:

Datos identificativos del proyecto presentado:

Título del proyecto:

País o área geográfica:

Fecha prevista de inicio:

Fecha prevista de finalización:

Socio o contraparte local: