



fundación
quirónsalud

II Convocatoria de Ayudas de la Fundación Quirónsalud a la emergencia excepcional Post Covid- 19 destinada a proyectos de salud, humanitarios y/o de ayuda social

Formulario de solicitud A

Título del Proyecto

Lugar de actuación

1. DATOS DEL SOLICITANTE Y DE LA CONTRAPARTE LOCAL

Nombre colaborador de Quirónsalud

NIF

Centro de trabajo

Ciudad

Teléfono

Correo electrónico

ENTIDAD/ONG LOCAL

NIF/CIF

Responsable del proyecto

Cargo

Domicilio de la sede social

Código postal

Ciudad

Teléfono

Correo electrónico

Página web (si la hubiese)





fundación
quirónsalud

2. SOCIO LOCAL O CONTRAPARTE EXTRANJERA

Nombre

Domicilio de la sede social

Ciudad

País

Teléfono

Correo electrónico

Página web (si la hubiese)

Persona(s) respon

Resumen proyecto (máx. 250 palabras)

