**Ayudas Fundación Quironsalud a la Cooperación Internacional en materia de salud 2021**

**FORMULARIO DE SOLICITUD A**

Título del Proyecto

|  |
| --- |
|  |

Lugar de actuación

|  |
| --- |
|  |

1. **DATOS DELSOLICITANTE Y DE LA CONTRAPARTE LOCAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre colaborador/embajador que forma parte del Grupo Quironsalud |  |
| 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) |  |

**SOCIO LOCAL (en terreno) O CONTRAPARTE EXTRANJERA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Domicilio de la sede social |  |
| Ciudad |  |
| País |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico |  |
| Página web (si la hubiese) |  |
| Persona(s) responsable(s) del proyecto |  |
| Cargo |  |

Resumen proyecto

|  |
| --- |
|  |