BECAS
Calidad Asistencial en Cáncer de Próstata

DATOS DE LA ORGANIZACIÓN O INSTITUCIÓN SANITARIA receptora de la Beca

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN:		**CIF:**	
DIRECCIÓN:			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN SANITARIA:		**D.N.I.:**	
CARGO:			
PERSONA DE CONTACTO: D./Dña.:			
TELF.:		**E-MAIL:**	

Mediante este documento la Organización o Institución Sanitaria declara estar de acuerdo en participar mediante un representante de su organización en la presente Convocatoria de Becas en Calidad Asistencial en el Cáncer de Próstata, de ayudas para la financiación de gastos relacionados con el desarrollo del proyecto de calidad asistencial centrado en mejorar la atención de los pacientes con CPRCnm o CPHSm, titulado:

☐	Marcar esta casilla en el caso de que la Organización o Institución Sanitaria receptora declare cumplir con los requisitos establecidos en la Ley 49/2002 del régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo.
☐	En el caso de que el proyecto presentado resultara ganador acepto el compromiso de aportar la documentación fiscal y bancaria que se requiera, así como de aportar un certificado tras recibir el importe económico por parte de Bayer Hispania S.L.

BAYER

ORION PHARMA

BECAS
Calidad Asistencial en Cáncer de Próstata

Firma del representante o apoderado de la Organización e Institución Sanitaria receptora de la aportación dineraria en caso de resultar su proyecto ganador

S./Sra.:

NIF:

CARGO:

Firma:

Firma del solicitante del proyecto:

En , a de de 20