



PREMIO PROMOCIÓN DE LA SALUD

FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN

DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

NOMBRE:

TELEFONO DE CONTACTO:

CIF:

EMAIL:

DOMICILIO:

DOCUMENTACIÓN APORTADA

DOSSIER PEN DRIVE OTROS _____

DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

- Declaro bajo mi responsabilidad que todos los datos consignados en la presente solicitud son ciertos y adjunto la correspondiente documentación acreditativa de los mismos.
- Acepto la política de privacidad que se contiene en las bases de la presente convocatoria

En Málaga a de de 2024

El/la solicitante