

SOL·LICITUD D'AJUT A LA COOPERACIÓ

Convocatoria COFGi_2017

Títol del projecte:

Farmacèutic/a que dona suport:

Nom de l'entitat sol.licitant:

Persona de contacte de l'entitat

Mòbil o telèfon de contacte entitat

Mail de contacte entitat

Núm de compte de l'entitat, on fer efectiu l'ajut (si és el cas) :