

SOLICITUD DE ESPACIOS DEL DEPARTAMENT DE SALUT DE CASTELLÓ

(ACCIONES DE DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN Y/O CAPTACIÓN DE FONDOS)

SOLICITANTE

Entidad:	
CIF:	
Persona de contacto:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	

DATOS BÁSICOS DE LA ACCIÓN

Tema/justificación:	
Tipo de acción:	
Necesidad de cesión de material:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Qué necesita?	<input type="checkbox"/> Mesa <input type="checkbox"/> Sillas <input type="checkbox"/> Punto de luz <input type="checkbox"/> Otros (especifique)

ESPACIO SOLICITADO

(Las peticiones se realizarán, como pronto, 60 días antes de la fecha seleccionada)

Centro	Fecha/s
Hospital General Universitari de Castelló	
Centro de Salud o consultorio auxiliar	

Fecha solicitud:

Recibido por el DSCS

Firma electrónica
entidad solicitante