



## SOLICITUD DONACIÓN EXCEDENTES DE LEGANEMOS

### Datos de la entidad solicitante

NIF \_\_\_\_\_ Nombre/Razón social \_\_\_\_\_

Domicilio social

Vía \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_ Planta \_\_\_\_\_ Puerta \_\_\_\_\_

C.Postal \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### Proyecto

Nombre del Proyecto \_\_\_\_\_

Colectivo al que se dirige \_\_\_\_\_

### Datos del representante

DNI/NIE \_\_\_\_\_ Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

**SOLICITA** ser incluido en la convocatoria de elección de proyectos para la donación de los excedentes de LEGANEMOS

La firma del presente documento supone la plena aceptación de las bases de la convocatoria.

\_\_\_\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_

Firma