



DENOMINACIÓN OFICIAL DEL HOSPITAL	CIUDAD	Nº DE TIPO DE BECAS DE LAS PATROCINADAS							
		TIPO A1	TIPO A2	TIPO B1	TIPO B2	TIPO C1	TIPO C2	TIPO D1	TIPO D2

DATOS DEL PATROCINADOR SOLICITANTE:	
NOMBRE ENTIDAD:	
DIRECCIÓN FISCAL:	
CÓDIGO POSTAL:	
CIUDAD :	
CIF:	
PERSONA DE CONTACTO:	
MAIL:	
TELÉFONO	
MÓVIL:	

Enviar la solicitud a: SEMICYUC – Persona de contacto: Asunción Cuesta e-mail: asuncuesta@semicyuc.org
EN 72 HORAS A CONTAR DESDE LA RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD, SE LES INFORMARÁ DE LA ACEPTACIÓN/RECHAZO DEL PATROCINIO
 SEMICYUC: Paseo de la Reina Cristina 36, 1º D – 28014 Madrid Tfno.: +34915021213 Móvil +34606891007 NIF G79365748