



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE ALBACETE

DOCUMENTO COMPROMISO SOLICITUD AYUDAS COM ALBACETE

Nombre:
Apellidos:
DNI:
Número colegiado COM Albacete:
Teléfono:
Email

El solicitante, manifiesta junto a la petición de colaboración económica por parte de COM ALBACETE, su COMPROMISO:

- Inclusión del logo de COM Albacete en los programas definitivos y boletín de inscripción.
- Manifiesta que tanto el solicitante como el resto de organizadores y participantes en el curso/jornada se encuentran al corriente de pago de sus cuotas colegiales.
- Incluir carta justificativa de la pertenencia de la actividad y desglose presupuestario de la ayuda solicitada

Fecha

Firma