

**BECAS Y AYUDAS DE FORMACIÓN CLÍNICA Y EXPERIMENTAL
RED TEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN COOPERATIVA
"ENFERMEDADES OCULARES" OFTARED**

**IMPRESO DE SOLICITUD DE LA SUBVENCIÓN
(ACEPTACIÓN/RENUNCIA)**

INTERESADO			
NOMBRE:		APELLIDO 1:	
APELLIDO 2:		NIF/NIE:	
TELÉFONO:		MÓVIL:	
EMAIL:			

VÍA COMUNICACIÓN:	<input checked="" type="radio"/> Correo electrónico a la secretaria técnica de OFTARED
--------------------------	--

DOMICILIO			
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:	
NUM. VÍA:		COD. POSTAL	
PROVINCIA		LOCALIDAD:	

INFORMACIÓN ADICIONAL (en relación a los centros implicados)	
CENTRO AL QUE PERTENECE:	
CENTRO RECEPTOR DE LA ESTANCIA:	

TIPO DE ESTANCIA	
a) de investigación:	<input type="checkbox"/>
b) clínica:	<input type="checkbox"/>
c) mixta de investigación y clínica:	<input type="checkbox"/>

DOCUMENTACIÓN APORTADA
Copia del NIF/NIE. Certificado de titularidad con datos de cuenta bancaria.

**BECAS Y AYUDAS DE FORMACIÓN CLÍNICA Y EXPERIMENTAL
RED TEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN COOPERATIVA
"ENFERMEDADES OCULARES" OFTARED**

FECHA (registro entrada):

En (ciudad.....), a (día..) de (mes...)de 2019

FIRMA DEL INVESTIGADOR QUE SOLICITA:

[Empty box for signature]