|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DE LA INSTITUCIÓN:** | |
| **CUIT:** | |
| **Calle: Nro. C.P.:** | |
| **Localidad: Pcia: País:** | |
| **Teléfono: Fax:** | |
| **e-mail:** | |
| **ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA INSTITUCIÓN:** | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (2)** | |
| Apellido: | Apellido: |
| Nombres: | Nombres: |
| **Domicilio:** | **Domicilio:** |
| **Localidad: C.P.:** | **Localidad: C.P.:** |
| Tel: | Tel: |
| **e-mail:** | **e-mail:** |
| **Cargo:** | **Cargo:** |
| **...............................................................**  **Lugar y fecha** | **............................................................** Firma representante de la Institución |