|  |
| --- |
| **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 |