



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

**AYUDAS PARA EL FOMENTO DE LA TRASLACIÓN DE LA
APLICACIÓN TERAPÉUTICA DE MEDICAMENTOS HUÉRFANOS Y
TERAPIAS AVANZADAS.**

Dirección General de Terapias
Avanzadas y Trasplantes

Para que esta solicitud sea válida **ES IMPRESCINDIBLE** que tenga entrada antes del **08/10/2009**, con las firmas originales del representante legal del Centro solicitante, del responsable del proyecto y los integrantes del equipo investigador, así como el sello de la entidad solicitante, en alguno de los Registros Públicos regulados en el artículo 38.4 de la Ley 30/1002, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Para que la solicitud sea ADMITIDA, no olvide remitir a LA DIRECCIÓN GENERAL DE TERAPIAS AVANZADAS Y TRASPLANTES toda la documentación preceptiva.

Número de Expdte: (Para rellenar por la Administración)

PROYECTO

Título del Proyecto:

Tema Prioritario:

Importe Total solicitado:

Tipo de Proyecto:

SOLICITANTE

Nombre y Apellidos:

DNI:

Dirección

Teléfono

Correo electrónico

PRESUPUESTO SOLICITADO

Anualidad	Gastos de contratación	Gastos de Ejecución	Total

RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre:

DNI/Pasaporte:

Dirección

Teléfono:

Correo electrónico:

Centro:

Firma del Responsable del Proyecto

(Los datos personales que aparecen en este documento sólo serán utilizados para los fines previstos en la correspondiente Convocatoria o para su tratamiento automatizado con fines estadísticos con las garantías previstas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

Fecha:

FIRMA ORIGINAL DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CENTRO

Fdo.:

Dirección General de Terapias Avanzadas y Trasplantes.

Paseo del Prado 18-20 28071 MADRID. Tel 91 822 49 03, Fax: 91 210 40 01

Este formulario se deberá rellenar tantas veces como investigadores participen en el proyecto

INVESTIGADORES DEL EQUIPO

INVESTIGADORES DEL EQUIPO		Firma del Investigador
Nombre		
Apellidos		
DNI		
Nombre del Centro		
Año de Nacimiento		
Sexo		
Titulación		
Teléfono		
Correo Electrónico		
Colaborador/Becario		