

Datos de la entidad solicitante

Nombre _____
DNI/NIF del representante _____
Correo electrónico _____
Teléfono _____

Datos del evento para el que se
solicita el LOGOTIPO

Nombre _____
Lugar de celebración _____
Fecha _____

Carácter del evento Municipal Insular Provincial
 Regional Nacional
 Internacional

Adjuntar programa del evento .pdf .doc .jpg

Cartelería

Soporte a emplear el LOGOTIPO Digitales En papel

Medios a incluir el LOGOTIPO Programa Cartel Prensa
 Web Email Redes Sociales
 Otros: _____

Logotipos de otras entidades NO SI. Indicar quiénes:

Organizan: _____

Colaboran: _____

Financian: _____

Participa: _____

Otra: _____

Epígrafe a incluir LOGOTIPO Organiza Colabora Participa
 Otras: _____

El solicitante declara la veracidad de los datos aportados en esta solicitud, sin perjuicio de la posible comprobación, si procede, por parte del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas

Esta solicitud deberá ser enviada por correo electrónico a colegio@medicoslaspalmas.es