

Solicitud de autorización de uso del logotipo de la Fundación por terceros

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 de la Fundación del Colegio de Médicos de Las Palmas

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