|  |  |
| --- | --- |
|  | FORMULARIO |
| **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN - ENTIDADES GUBERNAMENTALES** |
| CÓDIGO: | FECHA DE EMISIÓN: | NÚMERO DE REVISIÓN: | FECHA DE REVISIÓN: | PÁGINA: |
| **FO-SOC-001** | 27-MAY-2010 | 01 | 11-OCT-2017 | 1 de 1 |

|  |
| --- |
| **1. DATOS DEL SOLICITANTE** |
| NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN : |  |
| RNC : |  |
| DIRECCIÓN : |  |
| NOMBRE DE LA MÁXIMA AUT. : |  |
| CÉDULA DE LA MÁXIMA AUT. : |  |
| TELÉFONOS : | FIJO | MÓVIL | FAX |
| CORREO ELECTRÓNICO : |  |
| **2. DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DEL DISPENSARIO MÉDICO** |
| NOMBRE DEL MÉDICO : |  |
| CÉDULA DEL MÉDICO : |  |
| NO. EXEQUÁTUR : |  |
| TELÉFONOS : | FIJO | MÓVIL | FAX |
| CORREO ELECTRÓNICO : |  |
| **SOLICITADO POR:** |
| NOMBRE | FIRMA | FECHA | SELLO |

**DOCUMENTOS REQUERIDOS:**

* COPIA REGISTRO NACIONAL DE CONTRIBUYENTES (RNC).
* SOLICITUD DE DONACIÓN (IMPRESA CON PAPEL TIMBRADO Y RNC PRE-IMPRESO, FIRMADA Y SELLADA POR LA MÁXIMA AUTORIDA EJECUTI DONDE CONSTE EL NO. DE PACIENTES ATENDIDOS POR MES Y COBERTURA SECTORIAL EN UN (1) ORIGINAL Y DOS (2) COPIAS.
* COPIA CÉDULA DE LA MÁXIMA AUTORIDAD EJECUTIVA.
* COPIA CERTIFICADA EXEQUÁTUR DEL MÉDICO RESPONSABLE.
* CARTA DE PODER DONDE SE NOMBRA A LA PERSONA CON CAPACIDAD PARA RETIRAR LA DONACIÓN.
* COPIA CÉDULA DE LA PERSONA APODERADA.
* EVIDENDIAS DEL DISPENSARIO MÉDICO (FOTOS).

**3. EVALUACIÓN** (exclusivo para el Comité de Evaluación del Programa de Donaciones)

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN PRESENCIAL:

RD$ RD$

MONTO DONACIÓN SUGERIDO MONTO DONACIÓN APROBADO

APROBADO :

FIRMA

FECHA

SELLO