

Solicitud de beca-ayuda para la investigación en el campo del dolor

Motivo de la solicitud/Nombre proyecto:

Institución donde se realizará la investigación con dirección completa:

Tiempo estimado de duración del proyecto:

Centro/persona que recibirá la ayuda:

DATOS PARA REALIZAR EL PAGO AYUDA CONCEDIDA

Titular cuenta bancaria:

Código IBAN:

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Nombre:

Apellidos:

Nº socio SED:

Nº DNI/Pasaporte:

Teléfono:

email:

Domicilio:

Código Postal:

Población:

Provincia:

País:

