|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SOLICITUD DE PRESTACIONES DE SERVICIOS A TERCEROS | | | |
| Fecha: |  | |
| datos de la organización | | | |
| DENOMINACIÓN ORGANIZACIÓN | |  | |
| LOCALIDAD | |  | |
| NOMBRE Y APELLIDO REPRESENTANTE | |  | |
| E- MAIL | |  | |
| TELEFONO DE CONTACTO | |  | |
| SERVICIO REQUERIDO | | | |
| **ASISTENCIA TÉCNICA:** | | | |
| **GESTIÓN ORGANIZACIONAL:** | | | |
| **CAPACITACIÓN:** | | | |
|  | | | |