

Socio de Apoyo de Foodspa

Formato de Aplicación

*campos con un * son obligatorios.*

*Nombre de la organización como socia de apoyo

*Persona Contacto Nombre

*Persona Contacto Apellido

*Dirección:

*Ciudad:

*Estado/Provincia:

*Código Postal:

Region:

*País:

*Telefono Trabajo

Extension:

Celular:

Fax :

*Cuántas personas hay en su Organización?

*Cuántos años tiene de ser creada?

*Email :

*En promedio cuanto gente de su Organización esta cerca de algun proyecto propuesto de Foodspa ?

*En promedio cuanto años tiene presencia físicamente en el área que está siendo considerada para un

Proyecto Foodspa?

*Describa en breve su metas:

*Indique que tipo de Organización es ?

*Indique los nombres de las comunidades está interesado en apoyar con un proyecto Foodspa

#1:

#2:

#3:

#4:

*Describelas condiciones en estas comunidades que e indique las necesidades para un proyecto Foodspa

Es usted referido por:

CONFIDENCIAL

*Declaración de privacidad:

Quiere que está información sea confidencial? Y/N

*Campos con * son obligatorios*