

## Formulario de donaciones y subvenciones médicas de la ICU

### Parte 1

#### Información general de la persona que presenta la solicitud.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Parte 2

#### Información sobre la organización solicitante.

Nombre/Identificación fiscal (TIN, por sus siglas en inglés): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Se presenta esta solicitud en nombre de un "Hospital universitario" (o una afiliada)?

Sí  No

¿ICU Medical ya financió a la organización este año?

Sí  No

¿ICU Medical ha financiado a la organización en años anteriores?  
(Si la respuesta es afirmativa, proporcione detalles)

Sí  No

### Parte 3

#### Solicitud de apoyo

##### Tipo de apoyo:

- Donación de caridad
- Beca educativa
- Otro tipo

\* La donación de caridad incluye todas las donaciones utilizadas con fines caritativos o filantrópicos.

\* La beca educativa incluye a las donaciones utilizadas por una organización educativa para promover un propósito educativo.

**Nombre de la actividad:**

**Fecha de la actividad:**

**Lugar de la actividad:**

**Monto solicitado:**

Sí  No

**Describe el propósito de la actividad para la cual se solicita financiamiento:**

**Describa al público objetivo de la actividad:**

**Describa cómo se utilizarán los fondos recibidos de ICU Medical para apoyar la actividad:**

#### **Parte 4**

#### **Documentación de respaldo**

**Documentos que debe adjuntar:**

**Adjunte los siguientes documentos al presentar la solicitud:**

1. Documentación del evento (es decir, agenda, folleto, dirección web, carta de invitación, etc.)
2. Documentación oficial de exención de impuestos / estado de "caridad" de su organización (si corresponde)

\* Tenga en cuenta lo siguiente: Las solicitudes enviadas sin los archivos adjuntos requeridos pueden ocasionar demoras en la revisión y aprobación de la solicitud.

**Parte 5**

**Certificación**

Por el presente, certifico que esta solicitud de financiación no está relacionada, directa o indirectamente, con ninguna decisión anterior, presente o futura de usar, comprar o recomendar productos o servicios de ICU Medical.

**Acepto**

**Nombre en letra de imprenta:**

**Firma:**

**Fecha:**

---