****P**rograma de comercialización y valor agregado de productos del campo.**

**Ejercicio 2022**

**Anexo 2. Solicitud de apoyo\_ Componente 2\_**

**Apoyo económico para la implementación de proyectos de farmacias vivientes en los municipios.**

**1. DATOS DEL REPRESENTANTE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre/s: | Apellido Paterno | | | Apellido Materno |
|  |  | | |  |
| CURP | | | RFC | |
|  | | |  | |
| Numero de celular | | Correo electrónico | | |
|  | |  | | |

**DOMICILIO PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de Calle | | Numero | | Código Postal |
|  | |  | |  |
| Localidad | Municipio | | Región | |
|  |  | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Concepto 2 Hasta**  **$200,000.00** | **Apoyo económico para la implementación de proyectos de farmacias vivientes en los municipios.** |
|
|
|

|  |  |
| --- | --- |
| Monto total del proyecto | Monto que solicita  Monto que aporta el municipio |
|  |  |

**2. CONCEPTO SOLICITADO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del solicitante