



INFORME DE VALORACIÓN PARA LA SOLICITUD DE PRODUCTOS DE APOYO

Nombre y apellidos del usuario:

Fecha:

Material que se solicita y características del mismo:

Objetivos que se quieren conseguir:

Nombre y apellidos de la persona que realiza el informe:

Departamento de Terapia Ocupacional.

Cb.-5/Anexo Nº1

| | | | |
|---------------------------------------|---|---------------|------------|
| Código Seguro De Verificación: | BM2cUrbadXDuzHYnOwOu/A== | Fecha | 12/06/2017 |
| Normativa | Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica. | | |
| Firmado Por | Blanca Méndez Sánchez - I.a.s. Gerente | | |
| | Ana Vegas Sala - I.a.s. Revisores Utec | | |
| Url De Verificación | http://verifirma.grancanaria.com/verifirma/code/BM2cUrbadXDuzHYnOwOu/A== | Página | 1/1 |

