## ANEXO VII

**SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE ORIGINALES**

**(De todos los documentos originales que solicita devolución, se aportará copia para la autenticación de los mismos)**

**ENTIDAD:**

**AGRUPACIÓN DE ENTIDADES:**

**PROGRAMA:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº DE ORDEN DEL JUSTIFICANTE**1 | **JUSTIFICANTE A NOMBRE DE LA ENTIDAD**(rellenar sólo en el caso de las agrupaciones) | **DESCRIPCIÓN DEL GASTO EFECTUADO2** | **CONCEPTO DE GASTO** | **IMPORTE3** |
|  |  |  |  |  |

D/Dª\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con NIF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, representante legal de la Entidad/Agrupación de entidades \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con CIF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en relación a la subvención concedida la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, SOLICITA le sean devueltos los originales especificados en este documento, una vez realizada su validación.

En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Firmado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Representante de la entidad/agrupación de entidades subvencionada/s

(1) El mismo número incluido en el documento original.

(2) La misma descripción que figure en el justificante de gasto presentado.

(3) El mismo importe que figure en el justificante de pago presentado.