



Mscal. López 2029 esq. Acá Carayá  
Teléfonos: (021) 212540/214671/2  
Asunción, Paraguay



**SOLICITUD DE ASISTENCIA TECNICA (SAT)**

Fecha:

\_\_\_\_\_

(Esta sección debe ser completada por el CIRD)

SAT No. \_\_\_\_\_

Señores *Proyecto de Descentralización de Salud y Participación Comunitaria, CIRD/USAID.*

Nos permitimos solicitar su cooperación técnica para llevar a cabo lo siguiente:

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

Objetivo:

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

Nombre completo del Titular Responsable de la Institución que solicita la cooperación:

\_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Teléf.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Persona de contacto / contraparte: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Teléf.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del Titular de la Institución

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello

(Esta sección debe ser completada por el CIRD)

Responsable: \_\_\_\_\_

Componente: \_\_\_\_\_ Cargado en el Mariscal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
V°B° del Coordinador del Proyecto

**Favor enviar esta solicitud por fax, correo electrónico o correo postal.**

**Dirección:** Mcal. López 2029 y Aca Caraya **Teléfonos/fax:** (021) 212540 / 214671/2

**E - mail:** cird@cird.org.py